

УМАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПАВЛА ТИЧИНИ

Кафедра психології

ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ: КУРС ЛЕКЦІЙ

Укладач Радзівіл Катерина Павлівна

Умань – 2023

УДК 159.98(075.8)

О-75

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради факультету
соціальної та психологічної освіти Уманського державного
педагогічного університету імені Павла Тичини
(протокол № 1 від 29 серпня 2023 року).*

Рецензенти:

Кобець О.В., доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини.

Діхтяренко С. Ю., кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини.

О-75 Основи психотерапії: курс лекцій : навчальний посібник /
Уманський державний педагогічний університет імені Павла
Тичини, уклад. К. П. Радзівіл. – Умань : ВПЦ «Візаві», 2023.
172 с.

Навчальний посібник укладено відповідно до програми навчальної дисципліни «Основи психотерапії» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 Психологія денної та заочної форм навчання.

Навчальний посібник орієнтовано на ознайомлення майбутніх фахівців із теоретичними і практичними основами психотерапії. Містить цілісний виклад лекційного курсу з даної дисципліни, запитання для самоконтролю, глосарій, список літератури.

УДК 159.98(075.8)

© Радзівіл К.П., укладач, 2023

© Уманський державний педагогічний
університет імені Павла Тичини, 2023

ЗМІСТ

Вступ	4
1. Лекція № 1. Теоретичні основи психотерапії	5
2. Лекція №2. Становлення психотерапії як науки	19
3. Лекція № 3. Психотерапевтичний простір та універсальні психотерапевтичні процедури	29
4. Лекція №4. Психодинамічний напрямок у психотерапії	43
5. Лекція № 5. Аналітична психологія у психотерапії та постюнґіанство	69
6. Лекція № 6. Гуманістичний напрямок у психотерапії	87
7. Лекція № 7. Когнітивно-поведінкова терапія	100
8. Лекція № 8. Поняття про спсихотравму. Психотерапія стресових розладів	138
9. Лекція №9. Дитячо-юнацька психотерапія	155
10. Лекція №10. Сімейна психотерапія	
Глосарій	161
Список використаних джерел	170

ВСТУП

Навчальна дисципліна «Основи психотерапії» є вибіркоvim освітнім компонентом для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 Психологія денної та заочної форм навчання. Курс лекцій «Основи психотерапії» відкриває перед студентами сутність психотерапевтичної теорії та практики, зокрема розкриває його теоретичні основи, практичні методи та психологічні підходи. Викладений у посібнику теоретичний і практичний матеріал дозволить здобувачеві отримати глибоке розуміння психологічних аспектів психічного здоров'я, навчитися працювати з клієнтами, а також засвоїти ключові компетенції, необхідні для подальшої практичної роботи в галузі психотерапевтичної допомоги.

Метою курсу є формування у майбутнього фахівця загальних та професійних компетенцій у сфері психотерапевтичної діяльності.

У посібнику розглядається 10 розділів, кожен із яких насичений цілісною інформацією, характерною для кожного психотерапевтичного напрямку, і розкриває сутність психотерапевтичного процесу відповідно до обраного напрямку.

У результаті вивчення навчальної дисципліни «Основи психотерапії» здобувач повинен знати:

- особливості предметної діяльності галузі та фаху;
- основні напрямки та школи психотерапії;
- методико-теоретичні засади психотерапевтичного процесу;
- психологічні порушення особистості, що потребують психотерапевтичного втручання;
- структуру організації психотерапевтичного процесу у провідних психотерапевтичних напрямках.

У результаті вивчення навчальної дисципліни здобувач повинен вміти:

- планувати та здійснювати елементи психотерапевтичної роботи з клієнтами;
- аналізувати ефективність психотерапевтичної роботи;
- застосовувати у практичній діяльності методи та прийоми психотерапії;
- уміти використовувати еkleктичний підхід у застосуванні психотерапевтичних інтервенцій.

ЛЕКЦІЯ № 1

Теоретичні основи психотерапії

Мета: розкрити сутність поняття «психотерапія», розглянути об'єкт та предмет психотерапії, ознайомитися з понятійним апаратом психотерапії, вивчити базові принципи психотерапії та вимоги до особистості психотерапевта.

План

1. Сутність, об'єкт і предмет психотерапії.
2. Напрями, моделі та методи психотерапії.
3. Методи оцінювання ефективності та наслідків психотерапії.
4. Понятійний апарат психотерапії.
5. Базові принципи психотерапії.
6. Особистість психотерапевта.

1. Сутність, об'єкт і предмет психотерапії.

На сучасну людину справляють потужний, а іноді руйнівний вплив чинники різноманітного походження. У такій ситуації саме психотерапія як система форм впливу на психіку особистості з метою зберегти і поліпшити не лише душевний стан, а й здоров'я організму загалом стає ефективним засобом поліпшення загальної якості життя. Тому інтерес до психотерапії як науки і практичної діяльності постійно зростає. Сучасні науковці активно розробляють весь спектр її теорій і методів, підвищується якість підготовки фахівців, удосконалюються методи надання психотерапевтичної допомоги.

Психотерапія не лише виконує прямі функції (лікувальну, профілактичну, реабілітаційну), а й сприяє загальному розвитку особистості за рахунок удосконалення самоусвідомлення та подолання внутрішніх і міжособистісних конфліктів, виробленню адекватних поведінкових і емоційних реакцій на зовнішні подразники, кращому розумінню інших людей.

Психотерапевтичних консультацій можуть потребувати як формально здорові люди, так і особи з певними порушеннями психіки. Відповідно різниться і вплив терапевта. Тому тільки чітке уявлення про теоретичне підґрунтя психотерапевтичних втручань дасть змогу лікареві оволодіти основними методами і навичками практичної діяльності.

Психотерапія є порівняно молодого дисципліною і досі перебуває у процесі становлення. Це зумовлює певні розбіжності у визначенні її як науки, розмежуванні завдань психотерапії і суміжних із нею галузей (психології, психіатрії). Прихильники медичного підходу до розуміння психотерапії визначають її як процес лікувального впливу на психіку людини, а представники психологічного – як систему міжособистісних взаємодій між психотерапевтом і пацієнтом з метою позитивних змін у поведінці, інтелектуальній та емоційній сферах пацієнта.

Психотерапія (грец. *psyche* – душа і *therapeia* – лікування) – галузь психології, що вивчає механізми, способи і прийоми професійного надання психологічної допомоги з метою розв’язання проблем, звільнення від психосоматичних симптомів або актуалізації резервів особистісного зростання.

Об’єктом психотерапевтичного впливу є цілісна особистість з усіма її якостями, думками, бажаннями та цінностями. Психотерапевтична діяльність – це різновид міжособистісного спілкування, а взаємини терапевта і клієнта у більшості шкіл вважають провідним засобом психотерапевтичного впливу.

Конкретним однак предметом на якому психотерапевт зосереджує зусилля, можуть бути різні області психіки: свідомість і мислення (когнітивний напрям), несвідоме (класичний психоаналіз), психіка як системна єдність свідомого та несвідомого (юнгіанство), відчуття, емоції і почуття (гештальт-терапія). Проте спеціаліст будь-якого напрямку ніколи не лишає поза увагою особистість людини як багатогранний, цілісний і динамічний феномен. Отже, **предмет психотерапії** – психологічні проблеми психічно здорових і психічно не здорових людей, що перешкоджають їх особистісному, соціальному і духовному розвитку.

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

1) допомога клієнту у дослідженні, усвідомленні та розв'язанні власних проблем;

2) сприяння зниженню напруги та емоційного дискомфорту у клієнта, зміцнення його психічного здоров'я;

3) заохочення клієнта до розуміння власних почуттів та вільного їх вираження;

4) вивчення психологічних закономірностей і механізмів та ефективних способів міжособистісної взаємодії для створення основи більш ефективного і гармонійного спілкування з людьми;

5) забезпечення і клієнта новими ідеями або інформацією про те як вирішувати ті чи інші проблеми;

6) допомога клієнту у перевірці нових способів мислення та поведінки за межами терапевтичної ситуації;

7) сприяння особистісному розвитку, реалізації творчого потенціалу, досягнення оптимального рівня життєдіяльності і відчуття щастя та успіху.

Досягнути таких цілей здатний лікар (психолог) наділений певними рисами. За результатами аналізу особистісних якостей психолога та психотерапевта американський психотерапевт Ролло Мей запропонував «теорію пораненого цілителя», вважаючи, що вони лікують людей, звертаючись до досвіду своїх особистих травм. За його спостереженнями, психотерапією займаються люди, які в дитинстві були «терапевтами у своїх сім'ях». Завдяки особистій боротьбі з власними проблемами у них розвивається емпатія, креативні співпереживання, вони знаходять щось позитивне у всіх хворобах (фізичних чи психічних), оскільки певна форма боротьби абсолютно необхідна людині, щоб дійти до тих глибин у яких виникає креативність. Як стверджує сучасний американський психолог Джером Каган креативність ґрунтується на стражданнях підліткової самотності, на ізоляції і навіть фізичній неповноцінності. Важливою якістю психотерапевта, також, вважають автентичність (грец. *authentikos* – справжній) – здатність бути собою, не зраджувати своїй істинній сутності з огляду на кон'юнктуру, а також конгруентність (лат. *congruentia* – відповідність) – здатність правильно і точно реагувати на слова і дії клієнта, «віддзеркалювати» його прагнення і намірт. Розвитку професійно важливих якостей психотерапевта, його ціннісно-сміслової сфери та світогляду сприяють формування психологічної та психотерапевтичної компетентності, розвиток умінь та навичок надання

психотерапевтичної допомоги населенню з використанням різноманітних психотерапевтичних технік та методів, з опорою на контекстуальні та процесуальні положення формування психотерапевтичних культури, пояснення хвороби, недостатнього чи викривленого розвитку, неповної соціалізації, відсутності гармонії з собою і світом за допомогою психологічних впливів.

У кожної школи свої уявлення про конкретні завдання терапевтичного впливу. Так, представники глибиннопсихологічних напрямів вважають, що на життя пересічної особи впливають несвідомі і неусвідомлювані чинники, зокрема травми та враження раннього дитячого досвіду, захисні механізми, комплекси тощо. Терапевт-аналітик має спрямувати зусилля на усвідомлення клієнтом таких обставин, а терапевтичний ефект залежить від рефлексивних здібностей індивіда, які психотерапевт спрямовує і заохочує.

Тілесна терапія орієнтована на соматичні кореляти психологічних проблем. Невротичні симптоми відображаються у певних ділянках тіла, заблокованих і сповнених болю. Спеціальні вправи, робота з тілом допомагають усунути біль, зняти блоки і тим самим сприяють розв'язанню проблем та лікуванню неврозу.

Гуманістичні напрями розглядають людину як апріорно позитивну, добру і творчу істоту. Її невротичність, негативні риси зумовлені заблокованими перспективами розвитку, несприятливими умовами існування, неможливістю задовольняти вітальні та екзистенційні прагнення. Тому основними цілями терапії мають бути підтримка особистісного потенціалу, доброзичливе сприйняття, заохочення творчості. Провідним вектором психотерапевтичного впливу є самоактуалізація – реалізація всіх особистісних можливостей і здібностей. Натомість представники гештальттерапії вважають, що процес особистісного зростання і самоактуалізації не потребує спеціального заохочення або стимулювання. Досягнути гармонії та задоволеності життям можливо і за рахунок просвітлення – особливого настрою свідомості у стані «тут-і-тепер».

Екзистенціально-гуманістичний підхід поєднує психоаналітичні уявлення про причини неврозів з ідеєю прийняття обставин та реалій життя, як це властиво логотерапії чи гештальту. Основна мета полягає в реконструкції життєвого світу клієнта, в який терапевт входить без жодної критичної установки як доброзичливий спостерігач. Він забезпечує взаєморозуміння і підтримує життєві зусилля пацієнта, не впливаючи на їх спрямованість і мотиви.

Когнітивна терапія застосовує комп'ютерну метафору, тобто розглядає психіку як високоспеціалізований апарат для опрацювання інформації. Якщо він несправний, потрібно налаштувати перебіг інформаційних процесів, стабілізувавши когнітивне функціонування індивіда.

Поведінкова психотерапія зводить допомогу до модифікації поведінки, тренує, інколи навіть дресує навички та вміння людини.

Отже, психотерапевти можуть досягати мети через реалізацію різних завдань, які певною мірою доповнюють і збагачують одне одного. Проте є суттєва розбіжність між і зосереджено на суб'єктивній реальності конкретного пацієнта. Цим зумовлене різноманіття психотерапевтичних напрямів і моделей, до яких вдаються фахівці.

Психотерапевтичний напрям – підхід що має власний дискурс та уявлення щодо розуміння особистості і характеру порушень особистості та логічно пов'язану з цим систему психотерапевтичних впливів. Психотерапевтичні напрями класифікують за різними критеріями. Так, розрізняють директивні (орієнтовані на проблему) та недирективні (орієнтовані на клієнта) психотерапевтичні напрями. Їх також класифікують за «каналом», через який відбувається взаємодія з клієнтом: вербальний (психоаналіз); тілесний (тілесно-орієнтована психотерапія); візуальні образи (психосинтез); полімодальний (гештальт-терапія). Розрізняють, також, симптоматичну (спрямовану на роботу з певним симптомом або їх групою) та патогенетичну (виявлення причини яка призвела до виникнення відповідної патологічної симптоматики) психотерапію. За критерієм тривалості виокремлюють короткочасну та дострокову, а за об'єктом групову та індивідуальну психотерапію.

Хоча психотерапія є галуззю психології і однією з найважливіших сфер психологічної практики, її зв'язки з іншими психологічними дисциплінами – загальною, соціальною, віковою, етнічною психологією тощо – певною мірою формальні. Тобто вона може бути задіяна у розв'язанні певних проблем відповідної специфіки, але майже не використовує властивих цим дисциплінам теорій або понять. Основне теоретичне джерело для психотерапії становить глибинна психологія (психологія несвідомого), а для окремих шкіл та підходів – відповідні філософські напрями. Однак найтісніше психотерапія пов'язана з медициною, переважно із психіатрією, та релігією, що і стало підґрунтям для вироблення

релігійної, психологічної, психіатричної моделей психотерапевтичної допомоги.

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

Таблиця № 1

Моделі психотерапевтичної допомоги

Модель	Мета	Об'єкт впливу	Форма впливу	Результат
Релігійна модель	Служіння, турбота, «окормлення»	Душа	Церковні таїнства та релігійні обряди	Спасіння душі
Психологічна модель	Допомога	Особистість	Терапевтичні відносини, спілкування	Розв'язання проблем, особистісне зростання
Психіатрична модель	Лікування	Поведінка і стан психіки	Модифікувальний вплив	Нормальність психічного функціонування

Медична психотерапія (лікування соматичних захворювань, психічних розладів та симптомів за допомогою спеціально організованого спілкування) тривалий час була єдиною формою існування психотерапії взагалі. Більшість гуманістично орієнтованих психотерапевтичних шкіл тяжіють до філософії і меншою мірою до певних релігійних доктрин. Із релігією психотерапію об'єднують ідеї допомоги, служіння, духовного зростання.

Сучасна медична допомога практично завжди містить психотерапевтичні компоненти, особливо в діяльності сімейного лікаря. Медична (клінічна) психологія також звертається до

психотерапевтичних методів. Однак найбільше спільного у психотерапії із психіатрією. За радянських часів лише лікарі-психіатри мали право на психотерапевтичну діяльність. Тепер спеціалізацію із психотерапії майбутні фахівці також здобувають на кафедрах психіатри та наркології. Багато науковців вважають психотерапію окремою галуззю психіатрії.

Зв'язок між психотерапією і медициною, особливо психіатрією, настільки глибокий та очевидний, що цілком природно кваліфікувати психотерапевтичну практику як галузь патопсихології, клінічної психології і психіатрії. Проте серед психіатрів поширена протилежна думка, що опирається на небажання пояснювати душевні хвороби в термінах духу (як це робив, наприклад, К.-Г. Юнг) і лікувати їх за допомогою мовної дії (talking cure).

Водночас деякі академічні психологи, розглядаючи психотерапію як один з аспектів медицини, вважають, що через наявність інтенціональних (вольових) моделей вона не вписується в систему психологічного знання. В історії психології відомий факт ігнорування фройдівської теорії як суб'єктивістського і взагалі «метапсихологічного» підходу.

Сучасний український медик, психіатр і психотерапевт-психоаналітик Олександр Фільц виводить специфіку психотерапії з особливостей її предмета, яким, на його думку, є патос (грец. *patos* – страждання). Його міркування зводяться до таких тез:

1) психологія, яку також називають «нормальною психологією», є наукою про нормальне (здорове) психічне і душевне життя;

2) психіатрія, предмет якої не можна звужувати до «тотальної патології» («чистої ненормальності»), вивчає нездорове в нормальному. Саме це називають у медицині нозологічною (лат. *posos* – хвороба і грец. *logos* – слово, вчення) формою, або основною діагностичною категорією;

3) психотерапія описує і концептуалізує окремі факти патологічного і нормального на основі досвіду лікування, яке безпосередньо впливає з людських стосунків. Вона має справу зі стражданням (патос), яке на відміну від нозоса свідчить про ставлення хворого до свого розладу.

Патос є цілісною екзистенцією (буттям) з розладом і в розладі, тоді як нозос відображає лише один із можливих розладів екзистенції життя і діяльності людини. Страждати можна не тільки від хвороби, а й від обмеження свободи чи напружених взаємин, складних життєвих

обставин. Патос – це виживання нормального і подолання розладу всупереч хворобі, з боку здорових якостей людини. А нозос – це подолання здорового хворим, патологічність процесів. Власне хворе не страждає. Страждає здорове від хворого. Отже, основною сферою психотерапії є зворотний бік предмета психіатрії.

Психіатрія йде від здорового до хворого, а психотерапія – навпаки. Тому предмет психотерапії, за О. Фільцом, – нормальне (здорове) серед патологічного. Це визначення точно розмежовує психіатрію і психотерапію не стільки на рівні методів і цілей, скільки на основі розуміння інтенції суб'єкта професійної діяльності, усвідомлення ним значення психотерапії. Психолог не лікує, а допомагає розв'язувати проблеми, актуалізовувати резерви особистісного зростання.

Нині можна стверджувати про успішне функціонування і релігійних форм психотерапії. Священики різних конфесій набули досвіду в наданні не тільки духовної, а й психологічної допомоги, якої до середини ХХ ст. не виокремлювали із численних обов'язків духовного пастиря. В Україні і слов'янських державах найпоширенішою є святоотцівська психотерапія. Її парадигма має специфічний погляд на причини виникнення особистісних проблем і психічних захворювань, їх природу і сутність. Ці причини описують за допомогою таких понять, як «гріх», «провина», «кара», «спокутування», «покаяння» та ін. Пастирська допомога опирається передовсім на систему етичних і релігійних ідей, далеку як від психологічних теорій, так і від психіатричних уявлень про психічне здоров'я, норму і патологію.

Традиція духовної допомоги, що склалася в церкві, тісно пов'язана зі сповіддю. Сповідь у православній або католицькій традиції є таїнством, оскільки під час неї відбувається етичне перетворення особи, «друге хрещення». Зізнання у гріхах перед священиком у православ'ї називають оновленням. У процесі сповіді між духівником і тим, хто сповідається, встановлюється особлива гармонія. Це буває, коли духівник, подібно до психотерапевта, переймається переживаннями того, хто кається, причому виявляє не тільки строгість судді, й піклування, жалісливість люблячого батька.

Пастирське «окоормлення» у православній традиції представлене духовним батьківством – тривалими, стійкими і значущими відносинами, які можна описати в категоріях «благословення», «зміцнення рішучості» або «совість». Сутність православного

пастирського «окормлення» митрополит Антоній (Храповицький) назвав даром співчутливої любові.

Різких, непримиренних суперечностей між релігійними і неконфесійними моделями психологічної допомоги немає. Адже саме з пастирства психотерапія запозичила багато етичних принципів: ідею служіння, конфіденційність зустрічі, щирість і співпереживання, моральну підтримку – все те, що називають духовним зціленням.

Метод психотерапії – певна техніка (гіпноз, релаксація, психогімнастика та ін.), визначальні умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей.

Спосіб застосування конкретного методу психотерапії називають формою психотерапевтичного впливу, що полягає в організовані та структуруванні взаємодії терапевта і клієнта у процесі реалізації того чи іншого методу психотерапії. Наприклад, методи раціональної психотерапії можуть бути реалізовані у формі індивідуальних чи групових бесід, лекцій; методи психоаналізу – у формі аналізу сновидінь, вільних асоціацій, тощо.

3. Методи оцінювання ефективності та наслідків психотерапії.

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

4. Понятійний апарат психотерапії.

Як і кожна галузь науки, психотерапія має власний науковий апарат, що охоплює її основні поняття: «запит», «сесія», «сетинг», «терапевтичний альянс» та ін.

Потреба у психологічній допомозі, сформульована в скаргах і бажаннях, становить запит. Роботу терапевта з клієнтом називають психотерапевтичним процесом, окрему зустріч – сесією (лат. sessio – засідання). Розклад процесу – кількість зустрічей на тиждень, їх

тривалість і термін лікування – це сетинг (англ. set – встановлений). У психотерапії діють суворі правила, які забороняють терапевтові і клієнту порушувати сетинг. Клієнта називають також пацієнтом (лат. *patientis* – терплячий), особливо у глибинно-психологічних школах.

Сетинг і всі інші аспекти взаємин «терапевт – клієнт» визначають в особливому контракті – терапевтичному альянсі.

Кожен клієнт має підсвідомі очікування, як правило, ірраціонального характеру, якими він може керуватися і вперто їх обстоювати. Вони часто не узгоджуються з метою терапії і можуть блокувати її перебіг. Однак терапевт не має права нав'язувати клієнтові власні думки та цінності, формувати для нього цілі, навіть позитивні, і повчати. Професіонал іде за клієнтом і його бажаннями – усе інше вважають зловживанням.

Процес психотерапії відбувається в кілька стадій (етапів). Завершення знайомства з терапевтом прийняттям рішення про участь у терапії означає налагодження відносин у межах терапевтичного альянсу. Це – початковий етап, після якого відбувається робота, інколи досить тривала (в класичному психоаналізі – до кількох років). Специфіка завершальної стадії пов'язана з тим, що терапія для клієнта стає важливою життєвою цінністю, яку він не хоче втрачати. Особистість терапевта також набуває для нього значущості. Тому терапія має закінчуватися спеціальними прийомами, що розривають таку залежність пацієнта.

Багато психотерапевтичних понять, використовуваних у різних підходах, не є строго академічними термінами, зміст яких можна визначити однозначно і точно. Здебільшого це метафори (грец. *metaphora* – переміщення, віддалення) – розпливчасті концепти широкого змісту, за допомогою яких передають різноманітні, часто індивідуальні відтінки сенсу. їх використовують для структурування досвіду, здобутого певною школою психотерапії. У психоаналізі це «лібідо» і «катексис»; у юнгіанстві – «індивідуація» і «архетип»; «броя» (панцир) – у В. Райха, «усвідомлення» і «контакт» – у гештальттерапії, «пик переживання» – в А. Маслоу та ін.

Психотерапія, яку часто визначають як «науку про суб'єктивне», побудована на узагальненнях індивідуального досвіду, а метафора – найуніверсальніший спосіб його акумулювання, обміну ним та його інтерпретування. Метафори передають не тільки уявлення про об'єкти, явища чи процеси, а й ставлення до них, емоційну оцінку, особистісний сенс. Тому психотерапевтичне спілкування багате на

метафори, а найуживаніші з них поступово набули понятійного характеру. Як і в інших гуманітарних сферах, у психотерапії метафори фігурують як концепти. За допомогою концептів експлікують (пояснюють) та характеризують складні, багатопланові явища – життєвий світ особистості, її життєвий шлях, особисті цінності та переконання. Психотерапевтичні метафори дають необмежені можливості опису, структурування і трансформації людського досвіду, що є запорукою терапевтичних змін.

5. Базові принципи психотерапії.

Надання психологічної допомоги має свої особливості. Основна з них полягає в тому, що клієнт (пацієнт) має повністю довіряти психотерапевту. Для налагодження між ними відкритих і захищених відносин розроблено систему організації психотерапевтичної взаємодії, яка ґрунтується на таких принципах:

1. Конфіденційність. Жоден клієнт не хотів би, щоб його особисті проблеми обговорювали сторонні люди, особливо коли йдеться про інтимні аспекти стосунків і буття. Крім того, можливе зловживання одержаною інформацією особами, до яких вона потрапила випадково чи вони спеціально оволоділи нею. Професійний психотерапевт ніде і ніколи не розголошує прізвищ своїх клієнтів. Навіть у власних нотатках він має користуватися скороченнями або псевдонімами, які унеможливлюють ідентифікацію особи. Наводячи приклади у лекціях чи статтях, також слід дотримуватися цього принципу. Професійні асоціації та об'єднання виключають зі свого складу психотерапевтів, які порушили його,

2. Безоцінність. Людину, яка звертається за допомогою, не можна сприймати як інтелектуально обмежену, неповноцінну чи хвору, ставитися до неї упереджено. Адже психотерапевтична допомога – це послуга, яку фахівець надає за гроші, а клієнт – особа, яка не володіє певними навичками психічної саморегуляції. Більшість клієнтів побоюються, що відвертість перед терапевтом неминуче призведе до знецінювання їх особистості, засвідчить їхню слабкість. Тривога і почуття провини, які супроводжують звернення до психотерапевта, хоча і мають ірраціональний характер, але від цього не зменшуються. Тому на першій зустрічі терапевт має запевнити відвідувача у своїй цілковитій безоцінності. Серед клієнтів трапляються злі, жорстокі, розбещені люди, які також потребують допомоги, а їхні негативні якості – наслідок особистісних проблем і

неблагополуччя. Психотерапевт не звинувачує, не оцінює і не судить – він допомагає.

3. Емпатія. Цю здатність можна розглядати і як базову установку, і як професійно необхідну якість терапевта. Емпатія – вміння відчувати і переживати почуття і стани іншого, емоційне розуміння, когнітивна децентрованість. Вона є одним із найважливіших у психотерапії вмінь. Без емпатійного розуміння важко реалізувати екзистенціально-гуманістичний підхід чи дазейн-аналіз, воно відіграє важливу роль у гештальттерапії, роджеріанстві.

4. Увага, доброзичливість і терпіння. Ці установки характеризують як загальне ставлення терапевта до клієнта, так і емоційне забарвлення його поведінки під час психотерапевтичної взаємодії.

Базові терапевтичні установки формують кодекс етики психотерапевта. Їх дотримання не тільки полегшує для пацієнта спілкування з незнайомою людиною (психотерапевтом) у складній життєвій ситуації, а й слугує гарантією професійного ставлення до проблем особистості, що звернулася по допомогу.

6. Особистість психотерапевта.

До проблеми особистості психотерапевта можна підійти з двох позицій: описувати вимоги до такого фахівця або аналізувати особистісні якості відомих психотерапевтів на основі їхніх творів чи спогадів соратників. Із них постають аскетичний З. Фройд, гедоніст Ф. Перлз, філософ-відлюдник К.-Г. Юнг, епатажний Ж. Лакан, веселун Дж. Хейлі, манірна М. Кляйн, майстер парадоксів М. Еріксон. Однак другий підхід зумовив би багато суперечностей – надто вже різними особистостями були класики цієї науки.

Серед вимог до терапевта найважливішою є автентичність (грец. *Authentikos* – справжній) – здатність бути собою, не змінювати своєї істинної сутності з огляду на кон'юнктуру. Справжній фахівець має бути впевненим у собі настільки, щоб не вдаватися до маніпуляцій, хитрих стратегій самопрезентації, не створювати ефекту всемогутнього мудреця. Він завжди самототожний і щирий, справжній і відвертий, бо саме цих якостей не вистачає його клієнтам. Неможливо навчати інших того, чого не вмієш сам, бо клієнти завжди помічають слабкі місця терапевта. А втрачена довіра підриває професійну репутацію.

Необхідна якість – конгруентність (лат. *congruentia* – відповідність) – здатність правильно і точно реагувати на слова і дії

клієнта, «віддзеркалювати» його прагнення і наміри. Вона виявляється у вмінні ставити точні запитання, не поспішати і не відставати з інтерпретаціями, своєчасно підтримувати клієнта чи, навпаки, вступати в конфронтацію з його діями і думками. Ця риса ґрунтується на емпатійності і толерантності. Здебільшого саме конгруентність визначає перше враження від терапевта і впливає на прийняття клієнтом рішення про те, чи варто мати з ним справу.

Важливу роль у професійній діяльності відіграють мовленнєві навички. Як стверджує вітчизняний психолог Олександр Бондаренко, ефективність мовлення психотерапевта забезпечують: зрозумілість, красномовність, семантична насиченість, особистісна зацікавленість, ритмічність, впливовість.

Емоційно нестабільні, невротичні клієнти за допомогою терапії сподіваються досягти врівноваженості та гармонії. Тому психотерапевт має бути гармонійною особистістю. Це стосується зовнішності, вбрання, рухів, стилю спілкування, інтер'єру кабінету, де він здійснює терапію.

Терапевт повинен дотримуватися класичного стилю в одязі, не зловживати косметикою, прикрасами і побутовими гаджетами. Оформлення кабінету має свідчити про надійність, упевненість у собі і професіоналізм фахівця, який там працює. На столі не має бути зайвих речей, особливо особистих (фотографій близьких, сувенірів із написами тощо). Дехто вивішує на стінах нагороди і дипломи – це поганий тон.

Якщо терапевт має на столі комп'ютер, то зона, в якій він розмовляє з клієнтами, має бути відмежована. Неприпустимо вести бесіду, коли між аналітиком і пацієнтом стоїть монітор або ноутбук; ці прилади можна вмикати тільки тоді, коли сеанс закінчився і клієнт вийшов з кабінету. Диктофонний запис сесій відбувається за обопільної згоди.

Бажано мати пісочний годинник на 55 хвилин (це класична тривалість сесії, запропонована З. Фройдом), але він повинен стояти перед аналітиком, а пацієнт може поглянути на нього лише після закінчення. Можна використовувати і звичайний настінний годинник, розміщений за тим самим принципом.

Значну роль відіграє також вік психотерапевта: такий фахівець не може бути молодим. Навіть дуже успішних і старанних юнаків та дівчат клієнти не сприймають у цій ролі, якщо їм менше тридцяти.

Пересічні люди вважають, що тільки після сорока років людина має достатній досвід для того, щоб допомагати іншим.

Однак вік не повинен бути перешкодою для роботи. На Заході стандарти професійної підготовки психотерапевта передбачають навчання і стажування впродовж 10-15 років – отже, фахівець починає самостійно працювати у 30-32 роки. Вітчизняні молоді спеціалісти можуть починати свою діяльність із тренінгової роботи, працювати у соціальних службах або з підлітками, вести групи особистісного розвитку, поступово накопичуючи досвід.

Отже, взірцевий психотерапевт – це спокійний, врівноважений фахівець середнього віку (або старший), який має ґрунтовну професійну підготовку, дотримується етичних принципів психотерапії. Такій людині властиві правдивість, автентичність і внутрішня гармонія. Вона класично вдягається, поважно поводить, досконало володіє мовою і справляє враження інтелектуальної респектабельності.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення психотерапії.
2. Вкажіть об'єкт і предмет психотерапії.
3. Які завдання постають у процесі психотерапевтичної діяльності?
4. За якими критеріями характеризують психотерапевтичні напрями?
5. Охарактеризуйте основні моделі психотерапевтичної допомоги.
6. Розкрийте принципову відмінність між психіатрією та психотерапією.
7. Охарактеризуйте поняття «психотерапевтична модель», «психотерапевтичний метод».
8. Розкрийте сутність основних психотерапевтичних понять понятійного апарату.
9. Опишіть основні вимоги до особистості психотерапевта.

ЛЕКЦІЯ № 2

Становлення психотерапії як науки

Мета: ознайомлення та формування базових уявлень про історію, витоки та умови формування психотерапії як психологічної галузі знань.

План

1. Психотерапія як специфічна діяльність людини.
2. Релігійні витоки психотерапії.
3. Донауковий та науковий період розвитку психотерапії.
4. Форми теорії та практики психотерапевтичної допомоги.

1. Психотерапія як специфічна діяльність людини.

Психотерапія і психологічна допомога загалом є суто людським феноменом, якому немає аналогів у природі. Звичайно, тварини також допомагають одна одній, у вищих приматів розвинуті деякі механізми «соціального захисту» самиць і малят, слабких істот тощо. Однак психологічна допомога – явище іншого ряду.

Антропологи і соціальні психологи пояснюють якісний «стрибок», завдяки якому людина стала *homo sapiens*, тобто розумною, виникненням специфічної здатності до т. зв. надлишкової, понаднормативної діяльності. Ідеться про дії, не пов'язані з конкретними практичними завданнями виживання, наприклад нанесення орнаменту на примітивні кам'яні знаряддя чи обряд поховання. Це суто людські вчинки, тваринам вони не властиві. Понаднормативна діяльність виражає певні уявлення, абстраговані від безпосередньої дійсності: ідея про посмертне існування і потреби небіжчика – якщо в обряді поховання йому дають «із собою» зброю, їжу, речі повсякденного вжитку; орнамент, печерні малюнки опираються на більш розгорнуту, абстрактну картину навколишнього світу – уявлення про циклічний характер природних змін (первісні орнаменти відображають місячні і сонячні цикли), віру в те, що майбутній результат залежить від змісту й сюжету малюнка та ін. Археологічні знахідки свідчать, що деякі фрагменти дійсності ставали носіями певних значень і сенсів, а сама дійсність поступово набувала символічного, семіотичного (знакового) характеру.

Французький історик і антрополог Жорж Дюмезіль вважає, що у первісній громаді дуже рано виокремились особи, які мали певні

здібності до абстрагування, прогнозування та вибору доцільних стратегій ефективнішої групової діяльності. Саме вони розвивали і підтримували символічний аспект людського життя. Такі люди ставали лідерами, вождями, а також виконували функції жерців. Звичайно, для цього потрібно було володіти психологічним впливом на людей, навичками антиципації (передбачення), прийомами сугестії (навіювання) тощо. Очевидно, що психологічний вплив у періоди великих потрясінь чи труднощів (голод, війни, епідемії) мав і психотерапевтичний, психопрофілактичний характер. Домінування і влада над іншими поєднувалися зі здатністю до психократії – можливості психологічно контролювати людей. Психологічне домінування було тісно пов'язане із символічною, знаково-семіотичною активністю психіки.

Психологічна допомога від початку ґрунтувалась на домінантній позиції щодо потенційного клієнта. Поступово відбулась еволюція до більш рівноправних, партнерських взаємин між психотерапевтом і клієнтом.

2. Релігійні витоки психотерапії.

На ранніх етапах розвитку суспільства психотерапевтичну допомогу надавали особи, що виконували також релігійні функції. Конфесійна (релігійна) модель психотерапії збереглася й донині.

Первісні релігії – магія, тотемізм, шаманізм, матріархальні культи – були багатоцільовими практиками, з яких шляхом диференціації розвинулись основні сучасні форми суспільної свідомості, окремі галузі науки й культури. Природознавство, медицина, футурологія, кулінарія, театр, сімейно-шлюбні стосунки закорінені у примітивних релігійно-магічних віруваннях і ритуалах. Психотерапія, якщо її розглядати як «зцілення душі (психіки) словом», забезпечує спокій і душевну гармонію, впевненість у собі під час взаємодії зі світом, позитивне самовідчуття. Тому за якісним складом переживань вона подібна до релігійних ритуалів (медитації, сповіді тощо).

У давньому світі (Вавилон, Греція, Єгипет) люди зазвичай зверталися по допомогу до богів. За кожен сферу життя, за їхніми уявленнями, відповідало певне божество, а служителі храмів відігравали роль посередників у спілкуванні людей з ними. Одним із методів такого спілкування було тлумачення снів, які вважали прямою порадою або застереженням бога. Крім того, жерці стимулювали розвиток медитативних практик, заохочували до

самоспоглядання, навчали ефективних прийомів саморегуляції тощо. Душевне життя для античних людей не було другорядним. Не лише тіло, а й душа мала оселю, обов'язки, захист, можливість задовольняти свої потреби. Терапевтичний вплив здійснювали численні сакралізовані фактори середовища: храми, жертovníки, священні гаї або джерела, культові зображення, амулети. Оселю, майстерню і господарство намагалися захистити від будь-якого ворожого впливу, виконуючи відповідні ритуали.

У давні часи і середньовіччя причини психічних розладів та психологічних проблем найчастіше пояснювали впливом злих духів, демонів, які виявляли владу над людиною, її душею і тілом. їх потрібно було вигнати чи задобрити, виконавши їхні бажання, внаслідок чого хворий мав відчутти полегшення, повернути собі «втрачену» душу і знову ефективно «функціонувати». Не всіх духів і демонів вважали злими: вірили також у духів-покровителів, які вимагали за свою допомогу відповідних жертв чи обрядів. У контакт із надприродними силами вступав лише спеціально підготовлений жрець, особа, яка перебувала у відповідному стані «священства». Лікування, що також було прерогативою відповідного божества, завжди містило деякі елементи психотерапевтичного впливу. Сакралізовані (священні) практики медичної допомоги вважали сому (грец. soma) – тіло та його стан залежними від психе – душі, тобто психіки (у сучасному розумінні). Лікування тіла було невід'ємним від духовного оздоровлення, а саме тіло не вважали чимось малоцінним і другорядним, як потім почали думати, наприклад, християни.

Із виникненням і розвитком монотеїстичних релігій, у т. ч. християнської, психотерапія як зцілення душі (психіки) зазнала суттєвого перегляду. Місце жерців-цілителів посіли святі, ченці та монархи. Деяких середньовічних королів (Людовіка VI, Філіппа I, Людовіка XI, Генріха I, Бдуарда Сповідника) вважали чудотворцями, здатними дотиком лікувати хворих на золотуху, епілепсію, екзему і навіть туберкульоз. Монарх демонстрував свою святість публічно під час коронаційних урочистостей і релігійних свят. Хворі, що не мали змоги безпосередньо контактувати з королем, купували спеціальні цілющі кільця (*anula medicinales*), виготовлені за особливою технологією із золота і срібла, пожертвованого правителем на церковні свята. Королі-цілителі – типова психотерапевтична легенда середньовіччя.

Концепція гріховності та вини (первородний гріх) трактувала особистісні проблеми і психосоматику як заслужене покарання, що зобов'язує до спокутування цієї вини. Психократичний вплив вважали диявольським, і багато з тих, хто стихійно займався психотерапевтичною практикою, загинули на вогнищах як чаклуни і відьми.

Важливою духовною процедурою залишалося тлумачення снів, що набуло у християнстві нових форм. За середньовічними уявленнями, сні відображали пригоди душі, яка тимчасово звільнилася від тіла. За їх тлумаченням зверталися до віщунів, яких поділяли на три типи: «народних», які консультували людей на міських і ярмаркових площах; «знавців», які черпали свої знання зі спеціальних книжок і приймали відвідувачів удома або в храмах; «теоретиків», що писали трактати про значення снів, підкріплюючи свої міркування прикладами з практики.

Засновником християнського вчення про сні був Тертулліан, який у трактаті «Про душу» класифікував їх на пророчі (від Бога), гріховні (від диявола), еманації душі та екстатичні, спричинені сакральними контактами напередодні великих релігійних свят. Взірцем християнських медитативних практик середньовіччя вважають трактат «Сповідь» Августина Блаженного.

Поширеною практикою психологічної допомоги в той час був екзорцизм – вигнання злих духів. Людей із психічними розладами вважали одержимими. Священики і монахи розробили систему процедур, що мали захистити їх від нечистої сили і повернути їм душевну рівновагу та здоровий глузд. Деякі з цих прийомів були досить ефективні у лікуванні істеричних та депресивних симптомів, хоча сила впливу залежала насамперед від настрою оточення, віри хворого та духовного, релігійного авторитету екзорциста.

Із розвитком європейського суспільства християнські священики набули досвіду надання психологічної допомоги. Тепер можна стверджувати про успішне функціонування релігійних форм психотерапії, наприклад святоотцівської, найпоширенішої у християнському світі. Однак релігійно-пастирська модель психологічної допомоги не змінила теоретичних основ більшості сучасних психотерапевтичних шкіл і використовуваних ними психотехнічних прийомів. Етичні принципи і базові комунікативні установки (емпатія, безоцінність тощо) залишаються основною точкою перетину пастирської допомоги та психотерапії. А

фундаментальні гносеологічні (пізнавальні) аспекти терапевтичної діяльності навіть у роботах найвідоміших священиків-психотерапевтів, таких як Пауль Тілліх і Ролло Мей, вільні від релігійних ідей і церковних правил.

3. Науковий період розвитку психотерапії.

Психологія і психотерапія як науки постали в добу Просвітництва. У XVIII ст. вчені звернули увагу на несвідомі причини симптомів психічних і психосоматичних захворювань. Психотерапевтична проблематика того часу мала психоаналітичну специфіку. Несвідому активність розглядали в контексті магнетизму – особливої психічної активності, зумовленої дією флюїдів – психічного струму, сигналу, які надсилає людина. Флюїди може виділяти гіпнотизер або, вважалось, вони спонтанно продукуються під час психотерапевтичної взаємодії. Явища навіювання і гіпнозу стали підґрунтям для використання (пізніше – дослідження) рапорту (франц. *rapport* – повідомлення, відношення, зв'язок) – позитивних емоційних стосунків і взаєморозуміння між людьми, за допомогою якого феномен психодинамічного впливу було включено у сферу раціонального (не метафізичного) вивчення.

XIX ст. ознаменоване двома важливими для психотерапії відкриттями: сексуальності та психосоматичної конституції індивіда. Цілісна психодинамічна теорія французького психолога П'єра-Марі-Фелі Жане (1859-1947) стала передумовою не тільки фройдівських топічних і структурних моделей психіки, а й безпосередньо вплинула на концепцію екстра/інтроверсії К.-Г. Юнга, вчення А. Адлера про неповноцінність та ін. Численні явища, і раніше відомі лікарям, священикам, психологам, – психічний автоматизм, нав'язливість, зцілення вірою – одержали нове пояснення у світлі дослідницької установки Жане, яку можна назвати психологічним аналізом і синтезом. П.-М.-Ф. Жане систематизував багатомірне поле несвідомих феноменів, обмеживши його єдиною смисловою сферою – відмежованою, неоднорідним знаковим простором, поза яким психотерапевтичні цілі та цінності не існують і не діють.

У цей час на американському континенті поширились одразу дві концепції: біхевіоризм (учення про поведінку, яке стало основою біхевіоральної психотерапії) і започаткований американським філософом Вільямом Джеймсом (1842-1910) прагматизм. Позиція В. Джеймса про «радикальний емпіризм» (досвід як головний

критерій пізнання) суттєво прислужилася в розвитку в XX ст. екзистенційної та гуманістичної психотерапії.

У Європі в XIX ст. розпочалися історико-культурні дослідження (Франція), які відтак стали опорою психології ментальностей, тобто вивчення унікальних лінгво-культурних детермінант розвитку та функціонування особистості. У Німеччині набула розквіту експериментальна психологія, а далі – гештальтпсихологія, з якої у XX ст. багато запозичив засновник гештальттерапії Ф. Перлз.

Виникнення психотерапії припадає на початок XIX ст., коли німецький учений Йоганн-Крістіан Хейнрот із Лейпцига був призначений на посаду професора психотерапії (1811). Фактично психотерапією тоді вважали неврологію і психіатрію. У цих галузях фахівці розробили перші психотерапевтичні рекомендації. Неврологом був З. Фройд, психіатрами – К.-Г. Юнг, Л. Бінсвангер. Та лише у XX ст. психотерапія виокремилася в повноцінну наукову дисципліну.

4. Форми теорії та практики психотерапевтичної допомоги.

За час розвитку психотерапії сформувалося багато варіантів і форм теорії та практики психотерапевтичної допомоги. Фахівці Європейської асоціації психотерапевтів (ЕАР) об'єднують їх у такі основні групи:

1) психоаналітична психотерапія – форми психотерапії, які можна вивести з глибинних психологічних теорій Фрейда, Юнга та ін.; розглядає життєві проблеми як наслідки неусвідомлених конфліктів та аспектів розвитку;

2) когнітивна і поведінкова терапія – форми психотерапії, які опираються на теорії навчання і когнітивну психологію; життєві проблеми виводить із неправильного навчання і мислення;

3) гуманістична психотерапія – зосереджується на потенціалі людського розвитку; життєві проблеми розглядає як блокаду почуттів;

4) системна психотерапія – на підставі загальної теорії систем убачає причини життєвих проблем у порушенні функцій у системі або групі, до якої належить особа;

5) екзистенційна психотерапія – форми психотерапії, основою яких є екзистенційна та феноменологічна філософія; життєві проблеми пояснює недоліком ясності розуміння умов людського існування.

Традиційно історію психотерапії прийнято починати із психоаналізу.

1. Психоаналітична терапія. Датою виникнення психоаналізу вважають 1896 р., коли молодий віденський лікар Зигмунд Фройд (1856-1939) після численних спроб удосконалити техніку гіпнотичного лікування хворих на неврози відкрив метод вільних асоціацій, суть якого полягає в тому, що пацієнт називає перші слова, які спадають йому на думку у зв'язку з власними роздумами чи у відповідь на репліки психоаналітика. Інтерпретуючи їх, Фройд виявляв несвідоме значення слів, учинків та продуктів уяви (сновидінь і фантазій) і пояснював, як цей прихований зміст пов'язаний із хворобливими симптомами. Надалі психоаналітичне тлумачення охопило і такі результати людської діяльності, в яких попередня асоціативна робота була зайвою (художні твори, філософські та релігійні ідеї, соціальні інститути, звичаї, моду, мову тощо). З методу дослідження і лікування психічних захворювань психоаналіз поступово перетворився на універсальну форму культурної практики, науковий статус якої довго спричиняв гострі суперечки.

Найчастіше психоаналіз критикують за відсутність можливостей верифікації (перевірки) одержаних за його допомогою практичних і теоретичних результатів. Англійський психолог Ганс-Юрген Айзенк (1916-1997) заперечував терапевтичний ефект психоаналітичного лікування, запевняючи, що пацієнти психоаналітиків видужують набагато рідше, довше і гірше, ніж ті, хто лікується за допомогою інших методів.

3. Фройд називав психоаналізом не тільки спосіб дослідження психічних процесів і заснований на ньому метод лікування невротичних розладів, а й психологічні концепції, що виникли на його підґрунті. Пояснення і лікування душевних хвороб у процесі психоаналізу можливі завдяки особливим відносинам, що складаються між аналітиком і пацієнтом. Основними терапевтичними чинниками слугують інтерпретації вільних асоціацій, сновидінь, психологічних захистів, трансферентних реакцій.

Психоаналіз як найвпливовіша психотерапевтична школа має багато форм, напрямів і розгалужень. Наприкінці 30-х років XX ст. почали формуватися его-психологія, неофройдизм, теорія об'єктних відносин з відповідними психотерапевтичними особливостями. Найбагатшими теоретично були британські психоаналітичні школи,

які зосереджувалися на аналітичному вивченні дитинства. Із тих напрямів лише неофройдизм не створив серйозної школи психотерапії – більшість його представників були радше теоретиками, орієнтованими на аналіз історичних і суспільних явищ.

Теорія і практика психоаналізу з часом зазнали певних змін. До найрадикальніших удався учень, послідовник і опонент З. Фрейда, французький психіатр, засновник структурного психоаналізу Жак Лакан (1901-1981), що запропонував принципово нові уявлення про мовну природу несвідомого і лінгвістичні основи терапії. Лакан сформулював нове розуміння особистості як спочатку розщепленої, подвійної істоти, що набуває бажання унаслідок своєї символічної природи, тобто насправді суб'єкт не знає, чого саме він хоче (бажає), і тільки культура, звичаї йому це роз'яснюють. Це розщеплення відбувається на початкових стадіях психічного розвитку дитини, а роль становлення цілісності («стадії дзеркала») істотно відрізняється від фрейдівського трактування несвідомої детермінації життєвого шляху раннім дитячим досвідом. Водночас Лакан проголошував, що сучасні йому психоаналітики дуже захоплені проблемами соціальної адаптації своїх пацієнтів, забувають про основне завдання психоаналізу – дослідження несвідомого.

Прикладом семіотичного трактування психотерапевтичної практики може слугувати аналітична психотерапія швейцарського психолога Карла-Густава Юнга (1875-1961). Його підхід ґрунтується на переконанні, що більш відповідною аналітичному досвіду є сфера образу, а не мови. Юнг і особливо його учень, засновник архетипічної психології американець Джеймс Хілман (нар. 1926) розглядали образи як базовий, первинний шар психічної реальності. Архетипи – прототипи як основа колективного несвідомого є передумовами і джерелами діяльності людської душі. На думку Юнга, такі універсальні образи зумовлюють проекцію індивідуальних комплексів, загальноособистісні проблеми, пов'язані з архетипом. В образах утілюються символи – специфічні форми знакового виразу вищої, принципово не знакової суті. На відміну від точного і кінцевого знака символ має безліч значень. Ірраціональний за своєю суттю, він відповідає природі несвідомого. Символ завжди потребує інтерпретації, основаної на натхненні та інтуїції, його значення неможливо безпосередньо представити або вивчити напам'ять. Проте символічний відгук (спілкування за допомогою символів) неможливий без апеляції до образу, і саме аналітична психологія

пропонує продуктивні форми роботи з образами, що впливають із несвідомого.

Індивідуальна психологія і психотерапія австрійського психолога і психіатра Альфреда Адлера (1870-1937) – менш поширений напрям, ніж класичний психоаналіз чи юнгіанство. Проте уявлення про неповноцінність як основний рушій розвитку особистості, ідею соціального інтересу як базового конструкта суспільних відносин, тезу про цілісність індивіда запозичило з нього багато шкіл психотерапії, навіть далекі від психоаналізу.

2. Когнітивні і поведінкові підходи. Вони виникли як альтернатива психоаналітичним. Гештальттерапія, екзистенційно-гуманістичні підходи, когнітивна психотерапія роблять основний акцент на процесах усвідомлення власних почуттів, автоматичних думок і установок. Відчуття і поведінка стають предметом прискіпливого свідомого аналізу з метою переглянути автоматичні реакції і відмовитися від небажаних почуттів, дій і вчинків.

3. Гуманістична психотерапія. Цим терміном називають авторські напрями, що виникли у 60-ті роки ХХ ст.: клієнт-центровану терапію, логотерапію Вікто-ра-Еміля Франкла (1905-1997), терапію на основі ідеї самоактуалізації Абрахама Маслоу (1908-1970), групову роботу Ірвіна Ялома (нар. 1931) та ін. Основна їх ознака – впевненість у позитивній, схильній до добра природі людського єства, яка може реалізуватися за сприятливих умов виховання і розвитку особистості. Наприкінці 90-х років ХХ ст. гуманістичні напрями активно знаходили багато прихильників у пострадянських країнах, але невдовзі цей інтерес згас.

4. Системна сімейна терапія. Це впливова психотерапевтична традиція, започаткована у 80-ті роки ХХ ст. італійськими й американськими психологами – В. Сейтер, Карлом Вітакером (1912-1995) та М.-С. Палазоллі. Реалізується вона як групова форма терапії, в якій беруть учать одночасно кілька осіб – сім'я, близькі люди, тобто система значущих взаємин. На сучасному етапі популярна теорія сімейних розстановок Б. Хелінгера.

5. Екзистенційна психотерапія (дазейн-аналіз). Започаткована європейськими психіатрами Людвігом Бінсвангером (1881-1966) та Медардом Боссом (1903-1990). Екзистенціальний підхід можна кваліфікувати як філософську психотерапію, бо він ґрунтується на розумінні та прийнятті всіх особливостей та умов людського існування. Застосовують дазейн-аналіз здебільшого психіатри, як

правило, при важких розладах і порушеннях особистісного функціонування.

Отже, передісторія психотерапії починається з давніх часів, коли психічні розлади і психологічні проблеми трактували як втрату душі або враженість злими демонами. Одним із методів лікування було розуміння і виконання бажань (у т. ч. несвідомих, таємних) хворого, тобто злого духу, яким він одержимий. Первісна медицина добре розуміла роль особистості цілителя в терапії і практикувала складні ритуали, під час яких послідовно будували і руйнували стосунки. Храмове цілительство в античні часи, середньовічний екзорцизм і релігійна психотерапія оперували багатьма прийомами і процедурами, тобто психотерапевтичними техніками (тлумачення сновидінь, робота з метафорою, символічне і пряме реагування, асоціативні та імагінативні (образні) методи тощо).

Упродовж європейської історії психотерапевтична діяльність не виокремилась у самостійну практику, її здійснювали переважно в контексті релігійних обрядів. У XVIII-XIX ст. виникли передумови для розвитку наукових основ психотерапії. Першою її фундаментальною школою став психоаналіз, від якого в середині XX ст. відокремились глибинно-психологічні напрями. Водночас розвинулись когнітивні, біхевіоральні та гуманістичні підходи. Сучасне предметне поле психотерапії, яке утворюють кілька напрямів, класифікують за різними критеріями.

Питання для самоконтролю

1. Окресліть витоки психотерапії у первісному суспільстві.
2. Назвіть поширену практику психологічної допомоги у Середньовіччі.
3. Назвіть засновника та послідовників психоаналітичної терапії.
4. Який напрям психотерапії життєві проблеми пояснює недоліком ясності розуміння умов людського існування?

ЛЕКЦІЯ № 3

Психотерапевтичний простір та універсальні психотерапевтичні процедури

Мета: розкрити сутність психотерапевтичного процесу, ознайомитися з феноменами психотерапевтичного впливу, окреслити значення рефлексії у психотерапії, розглянути аналіз дискурсу у психотерапії, розкрити універсальні психотерапевтичні процедури: інтерпритацію, ампліфікацію та роботу з метафорою.

План

1. Психотерапевтичний процес як основа психотерапії.
2. Феномени психотерапевтичного процесу.
3. Методологічна рефлексія у психотерапії.
4. Аналіз дискурсу психотерапії.
5. Інтерпретація і ампліфікація.
6. Робота з метафорою.

1. Психотерапевтичний процес як основа психотерапії.

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

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

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

психотерапії (незалежно від психотерапевтичного напрямку) та визначають ефективність психотерапевтичного процесу.

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

1. Встановлення контакту, з'ясування мотивації, встановлення терапевтичних взаємин.

2. Діагностування проблеми, з'ясування (психотерапевтом і певною мірою клієнтом) причин і механізмів формування симптомів, емоційних чи поведінкових порушень.

3. Визначення «психотерапевтичних мішеней».

4. Застосування конкретних методик і технік, спрямованих на досягнення позитивних змін.

5. Закріплення досягнутих результатів.

6. Закінчення курсу психотерапії.

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

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

Представники різних напрямів психотерапії спираються на різні теоретичні положення про особистість та особливості її розвитку; обирають об'єктом впливу різні «психотерапевтичні мішені» та фокусує увагу на різних часових аспектах (минуле – теперішнє – майбутнє); по-різному розуміють здоров'я і патологічний процес. Це

зумовлює особливості психотерапевтичного процесу: підбір діагностичного інструментарію; вибір техніки процедур зміни стану свідомості та руйнування патологічних зв'язків; особливості побудови психотерапевтичних взаємин та позицією психотерапевта; необхідні часові витрати; спосіб визначення ефективності психотерапії. Основні зміни відбуваються з клієнтом у процесі взаємодії з психотерапевтом (терапевтичні відносини).

Психотерапевтом може бути спеціаліст (медик або психолог), який отримав відповідну кваліфікацію. В Україні психотерапевтом вважають людину, *яка має базову психологічну або медичну освіту та спеціальну психотерапевтичного підготовку в одній або кількох галузях психотерапії.*

2. Феномени психотерапевтичного процесу.

У процесі психотерапії виникають певні явища, властиві лише психотерапевтичній взаємодії. Більшість із них зумовлена особливими взаєминами, які складаються між терапевтом і клієнтом. Психотерапевтичні відносини визначаються двома основними аспектами: свідомим терапевтичним альянсом і трансфером (переносом), сутність і нюанси якого усвідомлюються під час терапії.

Поняття «терапевтичний альянс» у психоаналізі використовують на позначення раціонального, нетрансферентного ставлення пацієнта до процесу лікування і постаті аналітика. Форми співробітництва і взаємні зобов'язання клієнт і терапевт обговорюють перед початком лікування. Психоаналітик попереджає про значну тривалість терапії, труднощі, що можуть виникнути під час роботи, і пояснює, як відбуватиметься її завершення. Пацієнт має бути готовий до ґрунтовного і докладного обговорення будь-яких, навіть найінтимніших моментів свого життя і знати, що не повинен переривати аналітичну роботу в односторонньому порядку на власний розсуд. Якщо клієнт і аналітик досягають згоди, вони підписують терапевтичний альянс.

Терапевтичний альянс (франц. *alliance*, від *allier* – з'єднувати) - контракт між психотерапевтом і клієнтом щодо того, яку саме проблему буде розв'язано в процесі терапії і який результат за спільною згодою можна вважати задовільним.

Терапевтичну угоду укладають, як правило, стосовно однієї актуальної проблеми (рідше двох чи трьох взаємопов'язаних між собою проблем). Наприклад, клієнта непокоїть його нерішучість у соціальних контактах чи ірраціональні страхи щодо здоров'я і

добробуту близьких. Або прагматичне питання: як зробити так, щоб чоловік регулярно приносив зарплату додому? Жінка, що нарікає на низьку успішність сина в навчанні і хоче отримати пораду щодо цього, не сподівається, що аналіз зачепить порушення внутрішньосімейних комунікацій і болючу, ретельно приховувану проблему її емоційної і сексуальної невдоволеності в подружніх стосунках. До глибокого аналізу несвідомих аспектів свого життя клієнт не готовий і не відчуває потреби обговорювати власні імпульси і мотиви. Здебільшого він намагається обмежити терапевтичне втручання.

Клієнта потрібно завчасно попереджати про ступінь глибини аналітичного втручання і про те, в чому полягає терапія і на чому вона ґрунтується. Як правило, після цього багато хто вагається, чи починати лікування взагалі, але зазвичай перемагає бажання розібратися в собі і отримати допомогу. Успішному створенню робочого альянсу сприяють акцентування уваги на конкретній психологічній теорії, яку планує використати психотерапевт, пояснення того, яку роль у формуванні конкретної поведінки особистості відіграє несвідоме – як приховані, не зовсім усвідомлювані або не визнані бажання і мотиви, так і більш глибокі утворення складної символічної природи. Варто сказати клієнтові про те, що після чітко висловленої заборони обговорювати певні аспекти його внутрішнього досвіду аналіз буде перервано і терапевтична робота продовжиться тільки з його дозволу.

Доброзичлива увага до подробиць життя клієнта, професіональне аналітичне вислуховування, інтелектуальна досконалість інтерпретаційних технік сприяють формуванню міцного терапевтичного альянсу.

Відносини, що виходять за межі терапевтичного альянсу, становлять явище трансферу.

Трансфер (лат. *transfere* – переносу) – явище перенесення на психотерапевта емоційного ставлення пацієнта до близьких людей.

Особливість трансферу полягає в тому, що пацієнт переносить на терапевта певні почуття, установки, очікування, пов'язані, як правило, зі значущими фігурами дитинства, тобто підсвідомо сприймає психотерапевта як прискіпливого батька або люблячу чи, навпаки, жорстоку і холодну матір та інтерпретує його поведінку в тому контексті, який потрібно досліджувати.

Трансфер може бути позитивним (і навіть еротизованим, коли клієнт закохується у терапевта) чи негативним – у цьому випадку виникає загроза руйнування терапії.

Існує також феномен контрпереносу – «зворотного» трансферу, неусвідомлених нюансів ставлення аналітика до пацієнта. Ці явища властиві будь-яким терапевтичним відносинам, навіть тоді, коли терапевт працює в неаналітичних парадигмах. Несвідоме завжди наготові до втручання у психотерапевтичний процес.

Окрім універсальних для всіх видів терапії феноменів, пов'язаних із відносинами, часто спостерігаються такі явища, як регресія, відреагування (*acting out* – дія зовні), грубий опір і негативна терапевтична реакція. Усі вони вперше описані в межах психоаналітичної традиції.

Регресія (лат. *regressio*, від *regredior* – повертаюсь) – намагання людини захиститися від серйозної загрози її життєвим цінностям або психічному і фізичному здоров'ю шляхом повернення на попередні етапи розвитку.

Це явище спостерігається і в повсякденному житті. У складних життєвих ситуаціях люди «впадають у дитинство», після тяжких втрат кидають роботу, перестають дбати про свій зовнішній вигляд, стають пасивними, починають вживати алкоголь. Особистісна чи професійна регресія може бути частиною проблеми, з якою клієнт, власне, і звертається по допомогу, або виникати безпосередньо у процесі терапії. Розв'язати її можна тільки за допомогою глибиного підходу.

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

Найтиповішою є невмотивована агресія щодо родичів або друзів, яка з'являється у клієнта на перших етапах терапії. Його слід обов'язково про це запитувати і за потреби обговорювати в процесі терапії.

Грубий опір – поведінка клієнта, яка проявляється у порушеннях графіку (сетингу) терапевтичної роботи (спізнаннях, пропусках сеансів тощо) або впертому мовчанні.

Він може бути спричинений невдоволеністю терапією, в окремих випадках – сильним неусвідомлюваним страхом.

Негативна терапевтична реакція – прояви поведінки клієнта, пов'язані з його небажанням закінчувати терапію.

Вона зумовлена тим, що впродовж певного часу відносини з терапевтом стали значущими для пацієнта, а сама процедура – цінністю або просто приємним способом структурування часу. Щоб запобігти закінченню психотерапії і продовжити відносини, клієнт вдає різке погіршення свого стану або повернення труднощів, сподіваючись, що робота з ним продовжиться. Подолати негативну терапевтичну реакцію можна, попередивши клієнта про цей ефект і ґрунтовно обговоривши його.

У процесі психотерапії можливі й інші різноманітні явища. Кожен терапевт поступово набуває досвіду їх подолання, іноді й на власних помилках.

3. Методологічна рефлексія у психотерапії.

Для психотерапії особливе значення має теоретико-методологічний аналіз, тобто виокремлення основних теоретичних засад дослідження, його об'єкта, предмета та методів пізнання. Це дає змогу відмежувати наукову психотерапію від численних паранаукових форм і методів впливу на особистість та психіку: екстрасенсорного цілительства, чаклунства і ворожби, астрології, магії тощо, які теж позиціонують себе як методи психотерапевтичної допомоги і формують у свідомості людей негативний образ психотерапевта-фахівця. Науковий психотерапевт відрізняється від шахрая тим, що може відрефлексувати і докладно описати механізми свого впливу, не звертаючись при цьому до надприродних явищ і чинників.

Психотерапевт не впливає безпосередньо на факти (властивості, події і процеси в реальності), він може змінити лише їх інтерпретацію, розуміння і ставлення до них, бо має справу з образом або моделлю навколишньої дійсності, яка визначає життєдіяльність і буття клієнта у світі. Значною мірою це залежить і від ментальності (лат. *mentis* – розум, мислення) особистості, манери відчувати і думати, стійких способів опису і розуміння речей, явищ та подій. Вона передається від покоління до покоління у лінгвокультурній спільноті, до якої належить людина. Проте, засвоюючи загальноприйняті системи уявлень (групові характеристики, моделі), люди завжди привносять у них індивідуальні, суб'єктивні компоненти. У кожного свій образ реальності, своя картина світу і своє розуміння того, як він влаштований і яким у ціннісно-сенсовому плані він є. Образ світу і ставлення людини до нього суто індивідуальні. Такий образ є індивідуально-своєрідною концепцією

світу і себе в ньому, тобто суб'єктивною психічною реальністю індивіда. Наприклад, психічна реальність депресивної особи сповнена сумних і загрозливих подій, безвиході і туги; у психотика вона не збігається з реальністю інших, до того ж її практично неможливо змінити. У будь-якому акті людської поведінки і діяльності виражається психічна реальність. Розповідь про себе і своє життя є універсальною формою об'єктивації психічної реальності індивіда.

Більшість людей не розрізняє суб'єктивної психічної реальності і об'єктивної дійсності. Вони приймають за істину те, що думають і відчують, не відрізняють фактів від інтерпретацій і щиро переконані, що лише одне (власне) трактування подій є правильним. Психотерапевт має вміти змінювати суб'єктивну реальність і внаслідок такого втручання разом з уявленнями змінювати почуття людей, їхні думки і дії.

У процесі терапії відбувається «перегляд» моделі навколишньої дійсності клієнта. Психологічна допомога полягає в зміні уявлень людини про світ і себе, завдяки чому вона може, одержавши нові знання, виробити продуктивніші думки та установки, сформулювати ефективніше й адекватніше ставлення до людей, речей і подій. Змінюючи модель дійсності, психотерапевт не тільки впливає на актуальний досвід, а й може досягти більш позитивного осмислення минулого.

Отже, дієвий механізм психотерапії – це трансформації моделей, концептів, сенсів і значень, що становлять простір індивідуального досвіду. Активний семіозис (зміна колишніх значень і породження нових) є суттю психотерапевтичної діяльності. Цілеспрямована зміна системи значень і особистісних сенсів, представлених в індивідуальному досвіді клієнта, відбувається завдяки формуванню єдиного семіотичного (значеннєвого) простору, структуру, зовнішню і внутрішню межу якого контролює психотерапевт. Оперуючи значеннями (асоціативними, непрямими), прояснюючи сенс, пропонуючи інтерпретації, він змінює структуру індивідуального ментального простору, вписаного в сумісний простір психотерапевтичної взаємодії.

Особлива роль у психотерапії належить мовленню – його статус визначають як «мовлення перед лицем Іншого» (Б. Мунье). Воно є універсальним засобом об'єктивації суб'єктивної психічної реальності індивіда, дає змогу – поки Інший слухає – залучити його до цієї реальності, поділити її зі співрозмовником-психотерапевтом.

Психотерапевтична бесіда – не просто мовлення, а дискурс (лат. *discursus* – міркування) – мовлення в контексті життєвого світу, цінностей і значущих стосунків індивіда. Психотерапевтичний дискурс оформлюється за правилами конкретного виду терапії. Психоаналітичний дискурс відрізняється від роджеріанського або дискурсу юнгіанства. Власне психотерапевтичну взаємодію можна розглядати як дискурсивну практику – специфічну форму використання мови для мовлення, за допомогою якого здійснюють вплив на клієнта. А все розмаїття форм, напрямів, шкіл і підходів утворює систему дискурсивних практик, об'єднаних спорідненими принципами.

4. Аналіз дискурсу психотерапії.

Загальну схему аналізу дискурсу визначають цілі та завдання психотерапевтичної допомоги. Для цього терапевтові необхідно володіти навичками аналізу змісту висловлювань клієнта: вміти виокремлювати несвідомі основи особистісних концептів і моделей, на яких ґрунтуються психологічні труднощі та проблеми, а також розуміти лінгвістичні і семантичні механізми продукування висловлювань, у яких відображаються ці проблеми.

Психотерапевтичний дискурс як мовна форма цілеспрямованої соціальної дії звернений до конкретної прагматичної ситуації, від якої залежать його розуміння, зв'язність, комунікативна адекватність, стійкі переваги, а також до ментальних процесів терапевта і клієнта, їхніх суб'єктивних стратегій розуміння і породження концепту реальності. Деякі терапевтичні напрями і підходи обмежені не тільки способами оформлення мовленнєвого акту, а й відповідним тезаурусом (професійним словником), набором провідних метафор, конвенціональними нормами впливу, імпліцитними уявленнями тощо.

Принципи аналізу психотерапевтичного дискурсу не залежать від конкретної психотерапевтичної школи, їх виокремлення зумовлене специфікою психотерапевтичного спілкування, яке визначається розподілом комунікативних ролей і позицій учасників терапевтичного процесу, їх очікуваннями, динамікою мовних ініціатив, черговістю мовлення, слухання і мовчання. До таких принципів належать:

1. Принцип суб'єктності. Цей принцип відновлює в правах суб'єкта, автора і господаря мовної реальності. Суб'єктами психотерапевтичного дискурсу можуть бути не тільки терапевт і

клієнт, а й група, діада терапевтів. У деяких напрямках (юнґіанство, структурний психоаналіз, гештальттерапія, трансактний аналіз) суб'єктами є різні інстанції і підструктури особистості чи психіки. Для терапевта, особливо в аналітичних підходах, дуже важливо з'ясувати, ким насправді є суб'єкт мовлення. «Хто говорить?», «чому?» і «навіщо?» – основні запитання, які ставить собі психотерапевт, слухаючи клієнта. Від відповідей на них залежать стратегія і тактика терапевтичного аналізу. Часто, наприклад, у бесіді зі зрілим чоловіком терапевт чує маленького, розгубленого і невпевненого хлопчика, а голос істеричної і примхливої жінки лунає з вуст зрадженої коханим дівчини. Соціальний статус і конкретні життєві обставини клієнта не завжди прямо визначають його суб'єктність.

2. Принцип діалогічності. Він визначає присутність у терапевтичній ситуації Іншого. Уявлення про Іншого відіграє у психотерапії важливу роль. Так називають і несвідому частину особистості, і певний «негативний ідеал», який її водночас лякає та приваблює, а також когось іншого, хто говорить і слухає в екзистенційній ситуації «перед лицем Іншого». Інший буває Інакшим або Чужим. Завжди, коли один співбесідник сказав щось, чого зовсім не мав наміру говорити, а його партнер почув не те, що було вимовлене або взагалі нічого не почув, відбувається роздвоєння учасників діалогу. Присутність Іншого є складовою мовлення будь-якого суб'єкта, причому їх діалог у психотерапії частіше розуміють як протистояння або взаємовиключення, а не взаємодію.

Структура мовлення забезпечує звучання в лінійності мовного ланцюжка ненавмисної поліфонії, через яку і можна виявити сліди несвідомого. Коли клієнт говорить, він використовує мову і як спосіб створення двозначності, вдаючись до полісемії, омонімії, асоціативних значень, літературних тропів (метафори і метонімії), риторичних фігур. У процесі мовної взаємодії завжди є щось додаткове і непрохане, яке вказує на вторгнення Іншого в діалог.

3. Принцип ідеологічності. Поняття «ідеологія» у цьому контексті фігурує в його основному значенні – як сукупність деяких прихованих ідей, чий не завжди і не повністю усвідомлюваний вплив зумовлює значення висловлювань, що утворюють дискурс. Ідеї як вторинні ознаки дискурсу розташовуються в просторі конотативної семантики висловів (наявності в них додаткових значень) і мають приховані значення, здатні довільно заміняти і витіснити явні

(очевидні). У психотерапії мистецтво аналітика має перевершувати здатність клієнта «жонглювати» прихованим значенням свого дискурсу, інакше терапевт не зможе реалізувати стратегію впливу і рано чи пізно опиниться в полоні несвідомих намірів співбесідника. Багато терапевтичних сеансів стають безрезультатними саме з цієї причини.

Вивчення способів ідеологічної «деформації» дискурсу клієнта дає змогу аналітикові намітити кінцеву мету терапії. Враховуючи конотативні значення, терапевт краще розуміє несвідомі ідеї (сенси, мотиви), приховані в дискурсі пацієнта, і може прямо вказати на них, здійснивши демістифікацію спільного дискурсивного простору.

4. Принцип інтенціональності. Він вимагає розуміння різноманітних інтенцій клієнта. У людській природі закладено багато прагнень і бажань, які не можна задовольнити одночасно. Крім антагонізму окремих прагнень, існують і суперечності між свідомими та неусвідомлюваними цінностями і бажаннями. Все це відображається у мовленнєвих інтенціях клієнта. Як правило, навіть невеликі фрагменти дискурсу можуть містити кілька різних, часто протилежно спрямованих і навіть взаємовиключних намірів та прагнень. Процес витіснення визначає основні суперечності, пов'язані з бажанням клієнта одночасно виказати і приховати важливі обставини, пов'язані з його особистістю та історією життя.

У процесі аналізу психотерапевтичного дискурсу дифузна кількість висловлювань зводиться до позиційної єдності. Таке перегрупування відповідає певній «точці зародження» дискурсу – позиції суб'єкта, яка визначає те, що він може і повинен сказати. Комплекс дискурсивних формацій загалом визначає життєвий світ і межі мовлення клієнта. Терапевт зобов'язаний пам'ятати, що різноманітність дискурсивних формацій не випадкова, а детермінована ядром стійких значень, конфігурація яких і становить основу проблеми клієнта.

Розповідаючи особисту історію, клієнт апелює до сукупності значень внутрішнього досвіду, використовуючи формули, що конституують первинний, уявний дискурс у пам'яті. Це виявляється в ритуалах безперервності, часом гри з логікою, поєднання значень актуальних висловлювань із минулими і майбутніми обставинами, подіями. Такі ритуали спостерігаються також у процесі структуризації тривалої терапевтичної роботи психоаналітичного характеру. Ритуали безперервності співвідносяться з формами

умовчання – кожен психотерапевт має пам'ятати: те, що не сказано, теж має сенс.

Мовчання і замовчування в аналізі психотерапевтичного дискурсу відіграють конститутивну роль, тобто вказують на важливі складові внутрішнього досвіду, що визначають суб'єкта. У дискурсі клієнта завжди є основоположне умовчання, що відповідає глибоко витісненим шарам несвідомого. Є також локальне умовчання, що співвідноситься з іррелевантними (неістотними, недоречними) обговорюваній проблемі аспектами досвіду, і замінне умовчання, яке виявляється у намаганні вести мову про А, щоб не виказати Б. Процес замовчування пов'язаний із боротьбою сенсів, що не можуть існувати одночасно. При виключенні деяких значень у мовленні клієнта виникають семантичні зони (позиції суб'єкта), які він не може займати, оскільки вони стають для нього забороненими. Однак психотерапевт із цих позицій може говорити, повертаючи клієнта у сферу того, про що він намагався мовчати. Це вельми ефективний спосіб психотерапевтичної роботи.

5. Інтерпретація і ампліфікація.

До універсальних форм психотерапевтичного семіозису належать процедури інтерпретації та ампліфікації. На інтерпретації ґрунтуються майже всі методи психотерапії.

Інтерпретація (лат. Interpretatio – пояснення) – у психотерапії – тлумачення певних аспектів життя, ідей, образів, довільних асоціацій.

До цієї техніки вдаються практично всі напрями, хоча принципи інтерпретації, якими вони послуговуються, дещо різняться. Однією з перших була фройдівська традиція тлумачення, побудована переважно на сексуальній символіці (т. зв. пансексуалізм Фрейда, який відтак часто критикували за примітивність та однобічність). Більш випрацьованими є юнгіанські та пост'юнгіанські інтерпретації, в яких широко застосовано архетипічні символи і сенси. Гуманістичні підходи тлумачать переважно емоції і почуття, тоді як у глибинних напрямках інтерпретують фактично всі форми психічної активності – не тільки образи, а й жести, пози, механізми психологічного захисту, опір, бажання та ін.

Тлумачення асоціацій та образів потребує залучення процедури ампліфікації.

Ампліфікація (лат. amplificatio – збільшення, розширення) – у психотерапії – збагачення змісту образів, символів або інших

продуктів мислення і уяви людини за рахунок міфологічної, релігійної, літературно-художньої традиції.

Цю процедуру винайшли і найчастіше застосовують у юнгіанстві. К.-Г. Юнг, який запропонував архетипічну теорію несвідомого, обстоював універсальний характер архетипічної символіки, що дає змогу широко використовувати в терапії типові образи, мотиви й сюжетні схеми.

6. Робота з метафорою.

Метафорична комунікація посідає чільне місце в гештальттерапії, юнгіанстві, гуманістично і екзистенціально орієнтованих підходах. У багатьох видах психотерапії метафора виконує важливу методологічну роль, формуючи систему основних понять. Метафоричний у своїй основі і психотерапевтичний дискурс, що зближує його з поезією і художньою прозою.

Терапевтичні властивості метафори зумовлені її семіотичними особливостями: злиттям образу і значення, контрастом із буденною назвою або позначенням суті предмета, категоріальним «зсувом», актуалізацією випадкових асоціацій, неможливістю буквального перефразовування, дифузністю значення, можливістю різноманітних інтерпретацій, апеляцією до уяви та інтуїції, а не до знання і логіки, вибором найкоротшого шляху до визначення сутності об'єкта. Всі ці якості мають своє місце в тій спонтанній, майже невловимій і водночас цілеспрямованій грі значень і сенсів, що створюють динаміку психотерапевтичного процесу.

У психотерапії метафора – один з основних засобів структурування досвіду. Як правило, клієнт, розказуючи про свою проблему, описує безліч розрізнених вражень, почуттів, фактів, оцінок і висновків, так що розібратися в цьому нелегко. Сильне бажання передати складність і багатоаспектність життєвої ситуації часто перетворює розповідь на незв'язну плутанину слів з безліччю повторів. Метафора є словесним формулюванням реальності у всьому її розмаїтті; це складна, зате впорядкована сукупність властивостей.

На одному із сеансів клієнтка довго і заплутано пояснювала свої стосунки з двома чоловіками, кожний із яких був для неї по своєму дорогий. Вона описувала їх зовнішність, особисті риси, мотиви поведінки і форми соціальних взаємодій, і було зрозуміло, що складність вибору між ними багато в чому зумовлена хаотичністю її сприйняття. Терапевт запропонував їй метафору – автомобіль. За допомогою такого образного порівняння клієнтка чітко

сформулювала свої труднощі, ототожнивши одного чоловіка з розкішним спортивним авто, а іншого – з надійним зручним пікапом. Вона дійшла висновку, що за статусом і реальною можливістю володіння їй більше підходить пікап. Скориставшись метафорою, клієнтка відразу змогла виокремити основні характеристики своїх приятелів і зрозуміти, який вибір реалістичніший.

Метафорична комунікація полегшує саморозкриття, спілкування на символічному рівні, сприяє проявленню індивідуальності. У психотерапії метафора може підтверджувати реальність того рівня індивідуальності, який поки що існує лише потенційно. Часто вона допомагає клієнту випробувати варіанти бажаного майбутнього. Взагалі створення нових, індивідуальних, метафор є творчим аспектом психотерапевтичної діяльності. Вдала метафора «схоплює» досвід клієнта у всій повноті його індивідуальних особливостей, для розуміння яких за іншого підходу потрібно чимало часу і спеціальних зусиль. Одним із прийомів такої роботи може бути описана В. Руднєвим гра в «китайську рулетку» – методична процедура аналізу парасемантики (непрямих, додаткових значень і сенсів, асоційованих із певним словом). Вона ґрунтується на аналізі довільних асоціацій, які пропонує клієнт, відповідаючи на запитання такого типу: «Якби ви були автомобілем (рослиною, письменником, природним явищем, частиною одягу, твариною, музичним інструментом, напоєм, будівлею, країною, видом спорту тощо), то це був би...». Наприклад:

1. Лендровер – могутній, підвищеної прохідності, безвідмовний.
2. Дуб – сильний, могутній, самотній, великий.
3. Лев Толстой – великий, вагомий, народний, складний.
4. Буран – сильний, холодний, небезпечний, могутній.
5. Піджак – чоловічий, строгий, діловий, темний, солідний.
6. Слон – великий, важкий, могутній, незграбний.
7. Контрабас – сильний, грубий, солідний, великий.
8. Вода – проста, важлива, необхідна, холодна.
9. Хмарочос – величезний, могутній, солідний, діловий.
10. Канада – проста, сильна, природна, велика.
11. Біатлон – чоловічий, сильний, холодний, небезпечний.

Навіть простий підрахунок найчастіших асоціацій дає розгорнуте уявлення про індивідуальні особливості клієнта. Метафоричний самоопис виявляється детальним, ясним і конкретним. Будь-який образ можна використати для метафоричного

узагальнення. Ігрова природа робить його зручним способом зняти напруження у клієнта, зацікавити його.

Метафорична комунікація є перспективною психотерапевтичною технікою, її застосування істотно підвищує ефективність діяльності терапевта. Однак робота з метафорою має і недоліки. Наприклад, відхід від реальності, ступінь якого контролювати тим важче, чим витонченішу метафору використовує аналітик. Та загалом це найбільш використовувана, ефективна і ефектна психотерапевтична процедура.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення психотерапевтичного процесу.
2. Перерахуйте етапи психотерапевтичного процесу.
3. Перерахуйте основні феномени психотерапевтичного процесу.
4. Що є дієвим механізмом психотерапії?
5. Окресліть сутність понять інтерпретації та ампліфікації.
6. Обґрунтуйте значення метафори у психотерапії.

ЛЕКЦІЯ № 4

Психодинамічний напрямок психотерапії

Мета: розкрити сутність психоаналітичного процесу, ознайомитися з феноменами переносу та контрпереносу, окреслити значення психоаналітичних відносин у психотерапії, розглянути феномени опорів та захисту, розкрити сутність взаємодії несвідомого з реальністю та значення поняття «нарцисизм», розглянути стадії психосексуального розвитку, розкрити сутність «едипового комплексу».

План

1. Класичний психоаналіз. Загальні засади.
2. Психоаналітична взаємодія. Перенос і аналітичні відносини.
3. Опір та захист.
4. Взаємодія несвідомого з реальністю.
5. Нарцисизм.
6. Теорія психосексуального розвитку.

1. Класичний психоаналіз. Загальні торетичні засади.

*Започаткований З. Фройдом на початку ХХ ст, класичний психоаналіз і нині залишається **найавторитетнішою** **всесвітньо відомою школою психотерапії**. Основні його приписи дотепер не змінилися, тому буквальне наслідування фройдівської теорії і практики називають ортодоксальним психоаналізом. Цей підхід зосереджує увагу на проблемі рушійних сил душевного життя людини, мотивів і потягів, що керують її поведінкою.*

З. Фройд запропонував психоаналіз як метод дослідження несвідомого і водночас спосіб лікування неврозів та інших психічних розладів. Психоаналіз ґрунтується на виявленні прихованого змісту витіснених у несвідоме прагнень, психічних травм або змістів іншої природи. Його основними методами є інтерпретація, аналіз сновидінь та довільних асоціацій пацієнта.

Пацієнтам завжди непросто розповідати про свої проблеми, пов'язані з ними болючі відчуття, докори сумління, тривоги, провини і страх. Тому Фройд пропонував своїм клієнтам починати розповідь з будь-чого і розказувати все, що спадає на думку. Довільно плаваюча увага аналітика (його власне несвідоме) допомагала виокремити у такій розповіді моменти, які він коментував і витлумачував у

контексті психоаналітичної теорії. Ще ефективнішою виявилася інтерпретація сновидінь, які пацієнти охоче розказували.

3. Фройд першим звернув увагу на велике значення взаємин між психотерапевтом і клієнтом для перебігу лікування. Він виявив, що специфічна пристрасть, яка спалахує у пацієнта до фігури аналітика (частіше – симпатія, захоплення, закоханість, дещо рідше – підозра і ненависть), пов'язана не з самим аналітиком, а перенесена на нього з ранніх дитячих стосунків, а відтак робить таке перенесення (трансфер) лікувальним фактором, а не перешкодою в терапії. Для цього обґрунтував необхідність у відносинах із пацієнтом строго дотримуватись принципу абстиненції (отримання) або, як його ще називають, принципу аналітичної фрустрації. Сутність фрустрації полягає в тому, що аналітик не відповідає на почуття і бажання клієнта, а тільки розтлумачує їх трансферентну природу. Оскільки більшість проблем виникає у людей тому, що вони спілкуються, поводяться, роблять вчинки, не роздумуючи, автоматично, несвідомо, навичка аналізувати і розуміти свої справжні (не витіснені і не приховані) мотиви поступово допомагає подолати труднощі і розв'язати проблеми. Чим більше енергії (лібідо) вкладено у перенос, тим більше її витрачається на розуміння, роздумування і свідомий вибір. Розв'язання проблем та лікування невротичних симптомів у психоаналізі відбувається через усвідомлення витіснених змістів та відтворення симптомогенезу неврозів у трансферентних відносинах із терапевтом.

Теоретичним засадам психоаналізу найточніше відповідає формула «Доля індивіда – це його стать і його дитинство», бо саме початкові стадії психосексуального розвитку, на думку представників цього напрямку, визначальні для всього подальшого життя. Враження перших п'яти років майже цілком належать до сфери несвідомого, причому співвідношення забутого і витісненого матеріалу (описове і динамічне несвідоме) є основою конституційної схильності людини до виникнення неврозів та інших психічних порушень.

Найважливіші аспекти раннього дитячого досвіду, що впливають на все подальше життя, – це насамперед негативні, болючі і хворобливі переживання та враження (психічні та фізичні травми), а також фіксація і регресія – психологічні механізми, за допомогою яких відбувається «повернення» дорослої людини в дитинство, у стан безпорадності і незрілих реакцій.

Загальноприйнятим є уявлення, що важке дитинство – причина психологічного і особистісного неблагополуччя. Найобтяжливішим його чинником є аб'юз – нестерпні умови життя дитини (постійне жорстоке биття, сексуальне насильство, голод, відсутність елементарного догляду, турботи і медичної допомоги). Проте і звичайні сумні події цього періоду (втрати, образи, нездатність подолати проблеми і труднощі, гнів батьків, ревності, заздрість, розчарування) дуже впливають на психічний статус дорослої особи. А тенденцію повертатися до нерозв'язаних проблем дитинства називають залежно від контексту регресією, фіксацією на травмі чи інфантилізмом. Отже, одна група проблем, пов'язаних із психічним розвитком, може бути зумовлена недостатньою дорослістю (продовженим дитинством, незрілістю, інфантильністю).

3. Фройд поділяв психіку на три складники: несвідоме (Ід), свідомість (Его) та вищі почуття і цінності (Супер-Его). У класичному психоаналізі розвиток психіки і особистісне зростання розглядають як диференціацію Его – свідомості і самосвідомості, власного Я індивіда, а також як процес становлення відношення Его до навколишньої дійсності, Его (Я) розвивається з Ід (Воно), і підвищення рівня усвідомлення будь-якого психічного процесу вважають прогресом, а зниження – регресом, занепадом.

Свідомість розвивається з несвідомого шляхом його диференціації – ускладнення і роздрібнення, розділення на частини. Відношення цих частин психіки не є антагоністичними: у здорової особистості вони гармонійно поєднані та взаємодоповнювальні. Щодо цього З. Фройд наголошував: «Психоаналіз не може вважати свідомість суттю психіки, а повинен дивитися на неї як на якість, що може приєднуватися до інших властивостей, а може бути відсутньою». Суперечність між Его та Ід регулює Супер-Его. До певної міри, вони є витоками особистісного зростання.

Ще одна група проблем зумовлена несвідомим і неусвідомлюваним функціонуванням, недостатньою регулювальною силою Его. До третьої групи належать труднощі, пов'язані зі слабким контролем Супер-Его над бажаннями, емоціями та поведінкою – таких людей називають аморальними, безсовісними, у клінічній термінології – «соціопатами».

Ця класифікація умовна, адже проблеми здебільшого мають комплексний характер: деякі аспекти життєвих труднощів конкретної

людини можуть бути зумовлені й інфантильністю, і слабким моральним контролем.

За Фройдом, особистість формується в перші п'ять років життя, і в цьому процесі чільне місце належить фіксації індивіда на одній з трьох стадій психосексуального розвитку (оральній, анальній чи едіповій). Кожна стадія стимулює розвиток окремих психічних інстанцій і визначає відповідні психологічні проблеми особистості. Психоаналітична терапія сприяє регресії пацієнта до окремих стадій, на яких утворилися невротичні симптоми, а потім виліковує їх за рахунок розв'язання цих проблем у трансферентних відносинах із аналітиком. Це довготривале лікування, яке передбачає зміни особистості загалом, а не тільки роботу з окремими проблемами чи симптомами пацієнта. Його завжди проводять індивідуально, хоча нині практикують і т. зв. груп-аналіз, який не здобув визнання більшості фахівців.

Психоаналіз у всіх його напрямках є найпоширенішим і всесвітньо визнаним видом психотерапії. Психоаналітиків об'єднують національні і міжнародні професійні асоціації, які здійснюють навчання і атестацію спеціалістів. Ця професія належить до вільних професій, а кваліфіковані психоаналітики є високооплачуваними спеціалістами і мають високий соціальний статус.

2. Психоаналітична взаємодія. Перенос і аналітичні відносини.

Відносини аналітика з клієнтом формують сутність психоаналітичної терапії, її найважливіший лікувальний фактор. Перебіг цієї взаємодії визначають особистісні чинники, основними серед яких є явища трансферу, опору, захисту, вплив несвідомого.

Трансфер – універсальний засіб психотерапевтичної практики. Він завжди фігурує у терапевтичних відносинах, навіть якщо терапія не є психоаналітичною. Багато терапевтів, які не володіють основами психоаналізу, бояться переносу і не вміють із ним працювати. Ті, хто практикує у межах непсиходинамічних напрямів, часто ігнорують трансферентну симптоматику і не можуть уберегти себе і клієнтів від деформації відносин, зумовлених переносом і контрпереносом. Трапляються випадки, коли трансферентні відносини використовують із корисливою метою, наприклад терапевт зловживає ними для невинновданого збільшення тривалості терапії і отримання додаткової оплати. Тому перенос завжди потребує обговорення.

Суть і специфіка трансферентних відносин дуже складні, щоб виробити єдине розуміння їх і пов'язаних із ними технічних питань терапії. Безперечно одне: доопрацьований перенос дорівнює невиконаному аналізу.

Трансфер у психоаналізі – трансформація відносин між пацієнтом і аналітиком, що відбувається під впливом несвідомих бажань клієнта і полягає в перенесенні ним на аналітика почуттів, пов'язаних із значущою фігурою власного дитинства (мати, батько, близькі родичі). Аналітичні відносини, покликані виконувати суто службову функцію, поступово стають важливими і значущими для клієнта, він поринає в них із запалом і пристрастю, властивими юнацькій закоханості.

Часто в психоаналізі спостерігається контрперенос – симетричне ставлення терапевта до клієнта. На відміну від трансферу він не завжди формується в аналізі.

Перенос буває комплементарним (лат. Complementum – доповнення), якщо аналітик уособлює риси і якості, яких клієнтові бракувало у стосунках раннього дитинства, або конкордантним (лат. concordatum – угода), коли характеристики значущих людей він приписує терапевтові.

Трансфер вважають найважливішим терапевтичним чинником психоаналізу і водночас одним із найсерйозніших труднощів в аналітичній роботі. Його цілюща роль – у пожвавленні минулих несвідомих конфліктів і витісненого змісту, які стають доступні свідомості, переживаються і зникають у процесі терапії. Саме в цьому й полягають мета і значення психоаналізу.

У трансферентних відносинах відтворюється генезис невротичних проблем і труднощів клієнта. Основна «тріада» аналітичного лікування представлена поверненням витіснених переживань, повторенням їх і відпрацюванням у відносинах із терапевтом, унаслідок чого зникають підстави для повторного виникнення симптому. Отже, у процесі психоаналітичної терапії формується актуальний невроз (невроз переносу), а позбавлення від нього знаменує завершення аналізу.

З переносом пов'язано чимало труднощів. Крім позитивного трансферу (гіпертрофованої симпатії до аналітика), нерідко виникає негативний – антипатія, ненависть, підозрілість, недовіра і дратівливість. Це ускладнює роботу аналітика, призводить до збільшення тривалості терапії, може спричинити формування

негативної терапевтичної реакції – погіршення стану і самопочуття клієнта у процесі аналізу. Сила його залежить від обсягу доступного несвідомого матеріалу.

Ще одна пов'язана з переносом складність – ставлення клієнта до почуттів, які він переживає у процесі розвитку трансферентного неврозу. Як правило, він чекає від аналітика відповіді на свої почуття, а не інтерпретацій і теоретичних роз'яснень. Принцип абстиненції, за яким терапевт організовує свою взаємодію з клієнтом, пацієнт часто інтерпретує як зарозумілість, нещирість, навіть боязкість. Інша крайність, у яку впадають невпевнені в собі пацієнти, – страх виявити свої емоції, зізнатися в них аналітику і собі.

Проте вільне вираження трансферентних почуттів – запорука успіху аналітичної терапії і можливості подолання неврозу переносу. На відміну від ситуації у минулому, яка була травматичною і змусила клієнта витіснити болючі почуття і переживання, трансферент – не кохання або ненависть не можна поставити йому в провину або заслугу. Терапевт слухає клієнта доброзичливо та об'єктивно, не допускаючи злого, глузливого або цинічного реагування, не використовуючи психологічних захистів. У межах аналітичних відносин трансферентні почуття одержують пояснення та інтерпретацію і втрачають свій патологічний характер.

За короткострокової аналітичної терапії професійну поведінку краще орієнтувати не на класичні зразки, рекомендовані З. Фройдом і прихильниками ортодоксального психоаналізу, а погоджувати з принципами, запропонованими, наприклад, Х. Кохутом або М. Гіллом. Згідно з ними успішнішим і людянішим буде аналітик як терплячий і співчутливий слухач, а не тільки «безпристрасне дзеркало». Для клієнта необхідність розказувати про свої почуття або фантазії людині, на яку вони спрямовані, є надто складною. Оскільки в процесі терапії він дедалі більше усвідомлює і згадує свій негативний досвід, пов'язаний з подібними ситуаціями, його опір трансферентним почуттям цілком очікуваний і зрозумілий.

3. Опір та захист.

Повернення витісненого матеріалу у сферу свідомості – болісний процес. Пацієнт знову переживає моменти свого життя, які він хотів би забути назавжди. Біль, сором, провина, переживання власної нікчемності є емоційним фоном аналітичного усвідомлення. Тому природно виникає бажання опиратись йому або хоча б спробувати захистити себе від травматичних переживань. Опір і

психологічний захист – типові феномени психоаналітичного процесу, який і полягає в інтерпретації цих явищ. Тлумачення класичного типу пов'язані з намаганням аналітика знайти причини опору в ранньому дитячому досвіді. При цьому важливі інтерпретації, зумовлені актуальним станом особистості і психіки пацієнта. Передовсім тлумачення сприяють свідомому переробленню патогенного змісту, а його розуміння і прийняття – розвитку і гнучкості Я клієнта.

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

Пацієнт опирається не аналітикові, а його діям, тому сильний опір може свідчити про силу Его пацієнта, завдяки якій негативні аспекти внутрішнього і міжособистісного досвіду залишаються витісненими, або про не зовсім адекватну чи малоефективну терапевтичну дію. Опір поверненню витісненого потребує спеціальних пояснень, трансферний опір – емпатії і підтримки терапевта в ролі відкритого і щирого учасника аналітичного процесу. Ще З. Фройд зауважував, що опір дуже різноманітний, надзвичайно витончений, його важко розпізнати, бо він постійно змінює форму свого прояву.

Із численних форм опору особливо «прикрі» явні (відкриті), що полягають у порушеннях правил терапевтичної роботи і її розпорядку, а також форми, зумовлені вторинною вигодою від проблеми. Явний опір може повністю дезорганізувати аналіз і перетворити його на подобу сварки чи боротьби за владу аналітика.

Вторинна вигода – особливий статус, «режим найбільшого сприяння», на які претендує клієнт з огляду на свої симптоми або проблеми. До цього вдаються «запеклі істерички», в яких «слабке серце і вразлива психіка», «дорослі діти», що демонструють свою інфантильність, агресивні психопати, яких «краще не чіпати, бо вони дуже збудливі», тощо. Клієнти з вираженою зацікавленістю у вторинній вигоді орієнтовані на те, щоб одержувати її від терапії.

У психоаналізі слід розрізняти опір Супер-Его (совість, відчуття провини, страх соціального несхвалення) і опір Его (опір усвідомленню витісненого). Опір Супер-Его можна подолати на рівні базових терапевтичних установок (безоцінного схвалення, конфіденційності, емпатії). Опір Его потребує змістових інтерпретацій, ретельного реконструювання переживань клієнта. Іноді тривогу, пов'язану із загостреною чутливістю Над-Я, може

вгамувати вчасно здійснене саморозкриття терапевта. Тому дотримання принципу «безпристрасного дзеркала» не завжди виправдане – стурбованому батькові або невпевненому чоловікові можна розповісти про те, як терапевт розв’язує власні проблеми в цій сфері. Для правильного рішення (де, коли і в якій формі варто це робити) потрібен досвід, а інколи достатньо тактовності і чуття міри.

Не менш складним є феномен психологічного захисту.

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

Він охоплює широке коло поведінкових реакцій, не обов’язково пов’язаних із психопатологією. Взаємодія з реальністю може мати захисну функцію. Люди прагнуть пом’якшити негативні й агресивні реакції соціального оточення, захиститися від несправедливої або різкої критики, намагаються не помічати багатьох прикрих і неприємних подій або принаймні не надавати їм серйозного значення.

Проте викривлення реальності не має бути настільки сильним, щоб відгородитися від дійсності і жити ілюзіями. Стійка звичка не помічати неприємні факти і події, вважаючи їх неістотними, може поступово спричинити крах життєвих планів. Психоаналітична традиція розглядає захисти в контексті їх інтенсивності та дереалізуючої інтенції. Психологічний захист створює проблеми, якщо надміру деформує реальність, недостатність його може стати причиною психотичної декомпенсації особи. Якщо людина не змінює реальність так, щоб комфортно в ній почуватися, рано чи пізно вона не зможе в ній існувати. І створить свою власну реальність, у якій можна вбити не тільки комара, а й сусіда, який гучно позіхає, почути з електричної розетки голос Бога, вважати себе об’єктом кохання всіх жінок світу тощо. А це і є психоз.

Захисти тісно пов’язані з Его індивіда, його свідомим Я. Тому деякі дослідники тлумачать психологічний захист як сукупність дій, націлених на зменшення або усунення будь-якої зміни, що загрожує цілісності та стійкості біопсихологічного індивіда. Оскільки ця стійкість утілюється в Я, яке прагне будь-що її зберегти, саме Я (Его) можна вважати найважливішим у цьому процесі. Психологічні захисти у психоаналізі розглядають не тільки як найважливіші функції Его, а і як його структурні елементи з вираженою індивідуальною своєрідністю поєднань і проявів.

Робота із захистами акцентована на пізнавальних можливостях клієнта, тоді як трансферентні відносини більше стосуються емоційної сфери. Як звичні способи формування суб'єктивної психічної реальності (картини світу, індивіда) психологічні захисти підтримують Я-концепцію і тісно пов'язані з системою цінностей особистості. Основні проблеми при аналізі захистів зумовлені не стільки суперечностями між суб'єктивною і об'єктивною реальністю, скільки антагонізмом двох суб'єктивних реальностей – клієнта і терапевта. Пацієнт за кожної слушної нагоди приписує «незручні» аспекти дійсності суб'єктивізму аналітика, а той вважає свою точку зору повністю об'єктивною.

Багатьох труднощів можна уникнути, якщо терапевт добре знає теоретичні аспекти проблеми і вміє розрізняти типи захисту. Чітке уявлення про природу і функції захисних механізмів необхідне кожному психотерапевтові, навіть не психоаналітику. Уміння розпізнавати й інтерпретувати захисти так само важливе в роботі з людьми, як емпатія, безоцінність, конфіденційність та інші базові терапевтичні настанови.

Американський психоаналітик Ненсі Мак-Вільямс (нар. 1954) класифікує захисти за принципом їх локалізації на первинні (примітивні), розташовані між Я і зовнішнім світом, і вторинні (зрілі), що оберігають особистість від внутрішніх конфліктів. До первинних захистів належать примітивна ізоляція, заперечення, всемогутній контроль, примітивна ідеалізація і знецінення, розщеплювання Его, дисоціація, проекція, інтроекція і проективна ідентифікація. Особливістю примітивних захисних механізмів є їх автоматичний характер (миттєве «ввімкнення») і відсутність зв'язку з принципом реальності. Вони працюють на рівні первинного процесу, не допускаючи у свідомість матеріал, проти якого вони спрямовані.

Більшість примітивних захистів через свою архаїчну і довербальну природу здаються клієнтам природним аспектом власного психічного функціонування. Хоча картина світу в свідомості індивіда з великою кількістю незрілих захистів суперечлива і має безліч упущень, сама людина не схильна звертати на це увагу навіть при виникненні серйозних проблем. Клієнти, які використовують примітивні захисти, неприємні у спілкуванні, адже настирливо нав'язують усім упереджене бачення вчинків і стосунків, тобто їм властивий агресивний стиль захисту.

Вторинні захисти характеризуються більш специфічною дією (спрямовані тільки на почуття або на конкретні аспекти сприйняття і переживань) і обов'язковою участю мислення. Вони менше спотворюють реальність, більш адаптивні та розпізнавані за наявності раціональних і раціоналізуючих компонентів, адже так зручно бути розумним, мати вичерпні пояснення на всі випадки життя і знаходити логічні підстави для того, щоб робити тільки те, що хочеться, або взагалі нічого не робити. Порівняно з примітивними зрілі захисти легше усвідомлювані; як правило, клієнти визнають їх, але не дуже схильні щось змінювати у своїй поведінці і звичних способах взаємодії.

Стійкість вторинних захистів до терапевтичного впливу зумовлена схильністю клієнтів ототожнювати їх з власним Я. Ж. Лакан визначав Я (Уявне) як суму всіх захистів та опорів, властивих індивіду. Анна Фройд у класичній праці «Я і механізми захисту» зазначила, що в деякі періоди життя і відповідно до власної структури індивідуальне Я обирає то один, то інший спосіб захисту і може використовувати його у своєму конфлікті з інстинктами і в захисті від афекту. Знаючи, як пацієнт прагне захиститися від своїх інстинктивних імпульсів, можна скласти уявлення про його установку стосовно власних небажаних афектів. Коли в нього яскраво виражені конкретні форми трансформації афектів (цілковите витіснення емоцій, заперечення тощо), він застосує ті самі способи для захисту від своїх інстинктивних імпульсів і вільних асоціацій. Я залишається тим самим, і у всіх своїх конфліктах воно більш-менш послідовне у використанні захисних засобів.

До вторинних захистів належать витіснення, регресія, раціоналізація та інтелектуалізація, ізоляція, моралізація, паралельне мислення, анулювання, зсув, поворот проти себе, реактивне утворення, ідентифікація, відреагування, сексуалізація, реверсія і сублімація. Все це «прийоми свідомості», за допомогою яких вона оберігає себе від зіткнення з небажаними аспектами зовнішньої і внутрішньої; реальності. Загальним для всіх вторинних захистів є також прагнення, подолати афекти (сильні почуття й переживання) за допомогою інтелекту, раціоналістичного мислення, завдяки якому клієнт знаходить розумне логічне пояснення суперечливих дій і вчинків.

Витіснення (репресія), тобто вмотивоване забування неприємних подій, негативних відчуттів і переживань, трапляється

дуже часто. Воно може бути сильним або слабким; особливо пригнічують думки, спогади, відчуття, пов'язані з інцестуозними бажаннями, сексуальними перверсіями тощо. «Сигналом» до такого захисту зазвичай є відчуття тривоги, навіть і не локалізоване – у цьому разі Его вдається до тотального придушення всього, що хоч трохи пов'язане з проблемою, яка зумовила тривогу. Незручності створює не стільки власне витіснення, скільки випадки, коли репресована інформація ненадійно утримується в несвідомому. Це викликає тривогу, яка знову потребує витіснення, і кола замикається. О. Маурер назвав це явище «невротичним парадоксам», що часто є підґрунтям істеричного неврозу.

В аналітичній практиці клієнти добре реагують на інтерпретації, які стосуються витіснених травм або фруструючих ситуацій, і гірше сприймають інтерпретації щодо репресованих бажань і прагнень. Оскільки для цього захисту необхідне сильне і стійке Его («слабкі» суб'єкти надають перевагу ізоляції та запереченню), терапевти часто мають справу з упертим небажанням визнати наявність пригнічених мотивів, почуттів, прагнень. У такому разі може допомогти аналіз конкретного прикладу репресії того, що було предметом обговорення на попередньому сеансі.

Регресія (лат. *regressio* – рух назад) – повернення до попередніх способів психічного функціонування (форм мислення, способів поведінки, типів об'єктних відносин) – буває дуже різноманітною. Повернення до минулого, особливо до раннього дитячого досвіду, вважають необхідною умовою успішності психоаналізу, проте ця умова не є абсолютною. За короткочасного аналізу не варто чекати глибокої регресії клієнта, щоб відтворити умови формування невротичного симптому. Таку роль успішно виконують кілька точних, прямих, «жорстких» інтерпретацій, у результаті яких ретельно приховувані несвідомі імпульси стають доступними свідомості. Клієнти схильні реагувати регресією на лікування, яке дає результати, тому розуміння цього допомагає аналітику бути терплячішим до її проявів. Особи, які зловживають регресією і вдаються до неї в більшості складних життєвих ситуацій, є інфантильними, незрілими.

Раціоналізацію, інтелектуалізацію, моралізацію і паралельне мислення можна розглядати як форми участі мислення і логіки у викривленні реальності в процесі її сприйняття та осмислення. При цьому людина підшукує вагомі і раціональні причини для своїх дій і

вчинків, які є результатом несвідомих мотивів і прагнень, щоб уникнути осуду Супер-Его.

Раціоналізація – природний процес: більшість людей схильна раціоналізувати свої невдачі та помилки, пояснюючи їх об'єктивними причинами. На ній ґрунтується т. зв. подвійний стандарт людської поведінки: «якщо я зробив щось хороше, це моя заслуга, а якщо погане – так уже склалося через обставини»; «досягнення мого ворога чи суперника – це випадковість, а ось його невдачі цілком закономірні».

Моралізація – це раціоналізація, доведена до крайнощів: клієнт не просто добирає моральні виправдання своєї поведінки, а шукає підстави, які зобов'язують його чинити саме так, а не інакше. Уявні резони перетворюються на неухильні моральні вимоги: «Чи добре для аспіранта, якщо я утримаюся від критики його слабкої і недоладної наукової доповіді? Адже це мій прямий обов'язок, інакше він так і вважатиме себе успішним». У моралізації бере активну участь Супер-Его клієнта. Цей захист є ретельно продуманим і тому важким для терапевтичного втручання: клієнт, переконаний у тому, що він не просто напивається щовечора, а карає у такий спосіб свою дружину за байдужість і черствість, заперечуватиме будь-які інтерпретації. Основна стратегія в таких випадках – знову і знову показувати клієнтові, що його інтелектуальні виверти не змінюють реального стану справ, а рівень дискомфорту в ситуаціях, в яких застосовується моралізація, продовжує зростати.

Інтелектуалізація – відокремлення почуттів від думок, а переживань – від поведінки. За такого захисту клієнт визнає наявність у себе негативних емоцій, але не реагує на них: «так, я серджуся на нього, але це не заважає нам співпрацювати», «я відчуваю образу, але моє добре ставлення до дружини не змінилося». Зовні така поведінка здається стриманою та врівноваженою, та насправді клієнт блокує сильні почуття, не дозволяє собі зізнатися в них і реагує «нишком». Інтелектуалізацію часто застосовують підлітки, щоб виглядати невразливими; до неї схильні люди, які прагнуть справляти враження мужніх, безсторонніх і холоднокривних.

Паралельне мислення (компартименталізація) властиве людям, які раціонально використовують дисоціативні процеси. При цьому суперечливі відчуття або прагнення існують нарізно, незалежно одне від одного: людина вважає алкоголь злом і засуджує п'яниць, але

дозволяє собі час від часу випивати. До цього механізму часто вдаються батьки, коли забороняють дітям речі, якими насолоджуються самі (куріння, порнофільми тощо). Застосовуючи компартменталізацію, людина може дотримуватися двох і більше конфліктних ідей або форм поведінки і не усвідомлювати їх суперечності або взаємовиключного характеру. Наприклад, жінка, яку переслідували серйозні невдачі в сімейному житті, що були джерелом вираженого істеричного неврозу, вважала себе прекрасним викладачем психології сімейних стосунків і настирливо прагнула розширити коло своїх слухачів. Вона щиро здивувалася запитанню, чи не є її поведінка компенсаторною, і ніяк не могла зрозуміти, до чого її власні сімейні проблеми.

Анулювання зводиться до «магічного» знищення відчуття провини або сорому за допомогою дій, які «врівноважують» попередню провину. При цьому компенсаторна природа «магічної» поведінки, як і бажання спокутувати або врівноважити ефект скоєного раніше, абсолютно не усвідомлені. На побутовому рівні анулювання проявляється дуже частої є приводом для скарг на кшталт «певний час після бешкету чоловік поводить, як ангел, але ніколи не просить вибачення і навіть не бажає про це говорити, а потім знову напивається, і все повторюється спочатку».

Поворот проти себе – захисний механізм, за допомогою якого люди намагаються подолати почуття ненависті та гніву, спрямовані на значущих людей. Переадресувавши на себе гнів і роздратування, суб'єкт почувається в безпеці – адже ідеалізований інший залишається недоторканим. До того завжди є шанс почути від нього слова похвали, підтримки, підбадьорення. У ранньому дитинстві причиною повороту може бути агресія проти улюбленої матері чи обожнюваного старшого брата. Поворот ґрунтується на простій логіці: якщо взаємини зі значущим іншим – найбільша цінність, то краще не підривати їх негативною критикою або сумнівами, а відразу визнати поганим себе, щоб не ризикувати, не зізнаватися у своїй залежності від нього або негідності його дружби і допомоги.

Реактивне утворення близьке за суттю і значенням до повороту проти себе. Обравши цей захист, суб'єкт примушує себе переживати почуття, протилежне справжньому – любов замість ненависті, захоплення замість зневаги. Дуже рідко трапляються реактивні утворення «в сильній позиції» – заміна позитивного відчуття негативним. Зате протилежних ситуацій багато – очевидно,

негативні переживання більшість клієнтів оцінює як загрозові і небезпечні для самооцінки.

Ідентифікація полягає у несвідомому уподібненні себе іншому значущому об'єктові. Вона може бути проективною (суб'єкт ототожнює себе з об'єктом власної проекції), анаклітичною (прагне бути схожим на впевнену в собі людину), нарцисичною (ототожнює себе з рисами свого ідеалу особистості). Ідентифікація з агресором є захисною тенденцією уподібнити себе грізному, страшному суб'єктові; так часто буває, наприклад, у підліткових компаніях, де слабкіші хлопці ідентифікуються із сильним лідером. У літературі описано випадки, коли заручники, захоплені бандитами, ототожнювали себе з їхньою позицією, вимогами і мораллю навіть у супереч власним інтересам (стокгольмський синдром). Ідентифікація – універсальний захисний засіб для соціально значущих ситуацій. Як і більшість захисних механізмів, вона має багато позитивних аспектів і є основою емпатії, емоційного навчання, поведінки підтримки і допомоги. Вона є також компонентом багатьох вищих людських рис і якостей – любові, моральних обов'язків, самовідданого служіння ідеалам, патріотичної мужності тощо. Від здатності до ідентифікації залежить ефективність соціального навчання або терапії.

Відреагування – зумовлена особистістю аналітика чи перебігом терапії поведінка, яку клієнт не наважується реалізувати на сеансі і виносить за межі терапевтичних взаємин. Відреагування може мати різні форми. Найчастіше це прояви трансферентних відносин (любов або ненависть до аналітика, ревності, заздрість, інцестуозні бажання). Відчуття, породжувані трансфером, недоречно проявляються в різних сферах життя клієнта, а потім стають предметом обговорення та аналізу. У непрямій формі їх висловлюють тим, кому вони призначені. Іноді відреагування відбувається і в процесі терапії: клієнт на сеансі перебуває під владою сильних емоцій і поводиться відповідно до них, «пригадуючи» аналітику минулі гріхи. Тому інтенсивні почуття і переживання клієнта потребують обговорення щодо того, в яких формах, де і коли їх доречно відреагувати. Аналітичне обговорення іноді зовсім усуває проблему, оскільки є однією з форм відреагування. Не завжди варто аналізувати надто емоційних, імпульсивних суб'єктів, які не можуть стежити за почуттями, не виражаючи їх у діях і вчинках. У такому разі ефективнішими є гештальттерапія, психодрама тощо.

Сексуалізація (еротизація) – тип відреагування, що полягає в намаганні суб'єкта подолати тривогу за допомогою сексуальних фантазій. Найчастіше еротизують стосунки залежності, і не всі породжувані при цьому сценарії є патологічними. Загальновідомі феномени юнацької закоханості в учителя, сексуалізації фігур акторів, політиків, спортсменів. Механізм еротизації – основа реклами, шоу-бізнесу, пропаганди.

Реверсія (грец. *reversio* – повернення) – захист, за якого суб'єкт і об'єкт міняються місцями. Наприклад, прагнучи загального визнання та захоплення, людина може активно вихваляти когось іншого і, несвідомо ідентифікуючись зі своїм кумиром, акцентуючи на своїй реальній або уявній близькості до нього, частково задовольняє цю потребу. Показовий приклад – поведінка жінок, які дотримуються суворої дієти: часто вони полюбляють готувати, настирливо пригощають друзів та членів сім'ї і відчують величезне задоволення, дивлячись, як інші багато і з апетитом їдять. Самотні люди дбають про своїх домашніх тварин, ніжно їх люблять і реверсивно задовольняють власну потребу в любові та догляді. Деякі пацієнти долають дискомфорт під час терапії, самотійно намагаючись аналізувати терапевта. У навчально-аналітичних групах механізм реверсії є могутнім позитивним чинником, що сприяє створенню атмосфери ділової співпраці і взаємної доброзичливості.

Сублімація (лат. *sublimatio* – підіймання) – перенесення сексуальної енергії (лібідо) на цілі, не пов'язані з сексуальним задоволенням та іншими примітивними потребами. Ця, за З. Фройдом, фундаментальна людська здатність є основою цивілізації і духовної культури. У програмній праці «Долі прагнень» (1905) він стверджував, що сублімація разом із запереченням, перетворенням на протилежне і витісненням – один з основних шляхів розвитку психіки. Сублімація не є психологічним захистом у строгому значенні слова. Це, радше, механізм, що забезпечує нормальне, адекватне особистісне функціонування, «узаконений» суспільством спосіб утилізації (катексису) лібідо. Про захисні функції сублімації може йтися в тих випадках, коли вона зачіпає завелику кількість сексуальної енергії або пропонує соціально схвалювані, культурно значущі форми реалізації бажань, слабо пов'язані з їх безпосереднім об'єктом. Наприклад, боязкий юнак, що благоговіє перед жінками, захоплений любовною поезією або галантним малярством, але панічно боїться реальних контактів з дівчатами і використовує

сублімацію для зняття надмірної напруги; або еротичні картини на релігійну тематику, написані аскетичними художниками.

Знання природи психологічних захистів та їх різновидів дає змогу терапевтові краще орієнтуватися в несвідомих основах поведінки клієнта і допомагає уявити структуру тієї частини його Я, яка бере участь у процесах самопред'явлення. Вступаючи у значущі взаємини, індивід ретельно оберігає саме особливо цінні і вразливі аспекти своєї особистості, пов'язані з екзистенційними основами його індивідуального буття. Адже захисти розташовані над тими особистісними утвореннями, що функціонують патологічно і є джерелами проблем.

Психологічні захисти досліджують не тільки психодинамічні напрями терапії. З ними працюють і гештальттерапевти, і прибічники гуманістичних підходів, але робота із захистами, на відміну від психоаналітичної традиції, вичерпується використанням таких способів:

- поверховий розгляд лише деяких захисних механізмів, коли терапевт не докладає зусиль для їх усунення, обмежуючись констатацією загального негативного впливу на особистість і стосунки;

- визнання усунення захистів остаточним результатом психотерапевтичної роботи, підставою для припинення її.

У психоаналізі захисти розглядають спершу як чинники, що заважають розумінню аналітичних інтерпретацій, а вже потім – як підстави психологічних труднощів. Оскільки для клієнта захисти є звичними способами взаємодії зі світом та іншими людьми, то їх інтерпретації має передувати опис конкретних, чітких форм захисної поведінки. Терапевт, який стикається з наполегливим опором, може почати з поведінкової картини, а потім визначати її як певний захист.

Психотерапевтична робота має містити як аналіз, так і синтез, інакше ефективність терапії незначна. Для цього необхідно мати широке уявлення про особистість, теоретичну модель становлення і розвитку її активності. Аналіз захисту та опорів зумовлює тактику терапевтичного втручання, а вироблення стратегії потребує системних знань і уявлень про несвідому природу внутрішньої динаміки особистісних структур.

4. Взаємодія несвідомого з реальністю.

3. Фройд розглядав психоаналіз як об'єктивний спосіб наукового пізнання, спроможний дослідити участь несвідомої

проекції у формуванні системи уявлень про навколишню дійсність. Значна частина образу дійсності, на його думку, є проекцією психічного на зовнішній світ. Неясне усвідомлення (внутрішнє сприйняття) психічних чинників і несвідомих процесів відображається в конструюванні надчуттєвої реальності. Розвиток психічного апарату дає змогу особі формувати більш об'єктивні уявлення про світ, однак несвідомі прагнення зумовлюють психічну активність у будь-якому віці. Психологічні проблеми і розлади є проявами специфічних порушень рівноваги у психічному апараті.

Спочатку ядро несвідомого становлять інстинктивні бажання і пов'язані з ними ранні (інфантильні) форми задоволення прагнень. З часом із ними пов'язують інший зміст, антисоціальний або конфліктний, амбівалентний, високоефективний та ін. Поступово процес його витіснення стає безперервним. Причина витіснення полягає в породженому конфліктом незадоволенні, тому зміст несвідомого постійно поповнюється витісненням. Водночас інстинктивні бажання несвідомого спонукають до створення нових імпульсів, яких теж потрібно позбавлятися. У зв'язку з цим психіка виявляється розділеною на дві антагоністичні структури – несвідоме і свідомість. Між ними існує вузький коридор передсвідомого, через який відбувається обмін психічним змістом під неухильним контролем цензури – інстанції, що водночас слугує задоволенню несвідомих бажань і пристосовується до вимог навколишньої дійсності.

Несвідомі бажання, імпульси та образи, що прагнуть до вираження та втілення і які активно стримує свідомість, – це динамічне несвідоме, джерело психічної активності. Deskриптивним (описовим) несвідомим є загалом усе, що недоступне свідомості. Їх контролює цензура, яку не слід розуміти тільки як систему заборон. Вона перепиняє можливості розповіді та асоціацій на психоаналітичному сеансі.

Свідомість у психоаналізі трактують як розташовану на периферії психічного апарату здатність розрізняти властивості предметів та явищ і сприймати нові враження незалежно від попередніх. З. Фройд був далекий від розуміння свідомості як вищого рівня психіки, що інтегрує враження від реальності в осмислений концепт світу. Основне завдання свідомості – забезпечувати потреби несвідомого, шукаючи у навколишній дійсності відповідні об'єкти та умови для задоволення прагнень. Отже, саме несвідома динаміка

бажань (спонукальна основа поведінки) зумовлює нормальне або патологічне особистісне функціонування. Свідома регуляція відіграє незначну роль у роботі психічного апарату, але форми психопатології за недостатнього контролю над імпульсами (психоз) відрізняються від неврозу, пов'язаного з їх надмірним пригніченням і витісненням.

Розглядаючи Я (Его) як зв'язну організацію психічних процесів в особистості, Фройд характеризував компенсаторну природу його участі в утворенні симптомів психічних розладів. Несвідома динаміка у неврозі проявляється так: Я витісняє і пригнічує прагнення на догоду принципу реальності, а потім відбувається несвідома компенсація, що «винагороджує потерпілу частину Воно (Ід)». Наслідок такої компенсації – невротична симптоматика. Вона призводить до втрати саме тих аспектів реальності, які вимагали відмови від бажань, а сам невроз як наслідок «недовитіснення» гарантує Воно (і суб'єктові загалом) задоволення у формі вторинної вигоди.

Як правило, привернення уваги клієнта до вторинної вигоди від своїх симптомів і проблем вдало структурує терапевтичну роботу. Обговорення «вигідних», зручних для нього наслідків невротичних порушень допомагає повернути втрачені фрагменти реальності, тобто сприяє формуванню реалістичніших і здоровіших уявлень про себе і соціальне оточення. Крім того, аналіз нарцисичної динаміки вторинної вигоди дає змогу суб'єктові відчувати свої симптоми як хворобливі (его-дистонні), невластиві здоровому самопочуттю. Досить часто обговорення первинної (способи і форми втечі у хворобу або проблему) і вторинної (додаткове задоволення від уваги і турботи, яку отримують нещасні і хворі люди) вигод від неврозу становить половину всієї терапевтичної роботи.

Інколи аналіз вторинної вигоди так руйнує ілюзію внутрішнього комфорту клієнта, що невротична симптоматика видозмінюється у психотичну. Невроз – легкий рівень психічного розладу, коли людина відчуває різні негаразди (як душевні, так і тілесні), однак продовжує адекватно функціонувати в суспільстві і спілкуватися з людьми. При психозі вона втрачає цю здатність, у своїх діях і вчинках керується потягами Ід. Психотик не сприймає адекватно реальності і власної особистості; механізми свідомого контролю над поведінкою в нього не діють, тому такий суб'єкт може становити загрозу для інших і самого себе.

У психозі процеси витіснення захоплюють частину реальності, з якою Воно не може погодитися, а потім конструюється нова реальність, зручна і приємна для суб'єкта. Психоз не знає вторинної вигоди; це не втеча у хворобу від дійсності, а хвороблива, патологічна видозміна реальності на догоду несвідомим бажанням і прагненням. На противагу неврозу, він (подібно до дитячої гри) опирається на частину реальності (але не ту, від якої він має захищатися), додає їй особливого і таємного значення, яке називають символічним.

Викривлення реальності через витіснення зумовлює іншу картину, ніж робота психологічних захистів. Ці процеси часто взаємопов'язані, та й загалом витіснення присутнє як компонент у більшості захисних механізмів. Проте між ними є певні відмінності. Витіснення може прогресувати, захоплюючи нові ділянки дійсності, і дедалі більше спотворювати картину світу. Наприклад, спочатку було витіснено невеликий епізод або конкретний факт, що травмував людину. Проте після цього може виникнути бажання «викреслити» всю ситуацію або всю діяльність, у межах якої суб'єкт зазнав травми. Доводиться витіснити учасників чи випадкових свідків події (забування імен, ландшафту чи інтер'єру місця події тощо). Усе це перетворює зв'язну картину або розповідь на образи й уривки, тоді як психологічні захисти просто змінюють травматичне значення подій на нейтральне або нешкідливе. Тому емоційні наслідки роботи захисних механізмів – роздратування, лють, гнів; витіснення – страх. Відчуття страху посідає місце репресованого переживання, а наростання тривоги супроводжує процес його повернення у свідомість. Кожен психоаналітик у своїй роботі рано чи пізно стикається зі страхом, який виникає внаслідок складної роботи Его для збереження рівноваги між суперечливими вимогами Ід, Супер-Его і зовнішнього світу. Саме в Я розвивається здатність реагувати страхом не тільки на ситуацію реальної небезпеки, а й на загрозові обставини, за яких травми можна уникнути.

Специфічною формою страху є відчуття безпорадності, пов'язане з неконтрольним наростанням сили несвідомих бажань. На відміну від страху перед реальністю (переживання реальної небезпеки, зовнішньої загрози), такий страх часто переживається як почуття тривоги, яка не має конкретного об'єкта, а пов'язана з Я. На думку З. Фрейда, у людей, які не навчилися керувати своїми інстинктивними прагненнями, інстинктивний імпульс яких не

обмежений ситуативними обставинами чи внаслідок невротичного порушення розвитку не може бути відреагований, енергія цього прагнення може здолати їх. Така перевага імпульсу, перед яким людина відчуває себе безпорадною, створює передумови страху. Інстинктивні бажання загрожують по-різному. Наприклад, страх може бути пов'язаний із тим, що пристрасть прагне безмежного задоволення і тим самим створює проблеми. Однак і сам факт, що людина може втратити контроль над собою, викликає дуже неприємне відчуття, безпорадність, а у важких випадках – страх.

Невротичний страх безпорадності поширений у сновидіннях, він може спричинити сильний опір усвідомленню бажань. У своїй праці «Моторошне» (1919) З. Фройд зарахував до найтривожніших переживань повернення витісненого, стверджуючи, що символічним аналогом того, що має бути прихованим, але раптово виявилось, є кошмари, пов'язані з воскреслими мерццями, привидами, духами тощо. Він вважав передумовою страшного переживання відновлення якогось враження, витісненого інфантильного комплексу або підтвердження подоланих раніше примітивних уявлень.

Інакше переживаються ірраціональні за формою, а не за суттю страхи: перед конкретними об'єктами, ситуаціями, які можуть становити реальну загрозу (злі собаки, змії, високі скелі та прірви) або бути порівняно нешкідливими (темрява, жаби, павуки, старі циганки тощо).

Провідна роль, відведена страху в розумінні того, як саме Я підтримує рівновагу в системі психіки, зумовлена афективною динамікою психоаналітичної процедури. Інтерпретацію терапевта, навіть своєчасну, правильну і точну, клієнт приймає далеко не завжди. У процесі психоаналітичної роботи основним є не стільки зміст інтерпретацій, скільки їх прийнятність, готовність пацієнта поділити і підтримати позицію терапевта. За своїм значенням схвалення відмінне від усвідомлення: це довільний, а не спонтанний акт; розпізнати його можна за емоційним потрясінням, що супроводжує трансформацію афективного досвіду під час аналізу.

У терапевтичній практиці відкрите обговорення страху, пов'язаного з перебігом терапії, свідчить про подолання опору Я, сприяє розблокуванню психологічних захистів. Якщо аналіз не зрушується з місця через раціоналізований опір, завжди корисно ініціювати регресію, зробивши предметом бесіди ранні дитячі страхи, страх смерті, новини і будь-які інші його форми. Іноді клієнт сам

вважає страх основою своїх проблем, але частіше симптоматика страху стає фокусом терапії при аналізі сновидінь. Страх – це те, що людина відчуває, коли будь-яка небезпека загрожує її нарцисизму.

5. Нарцисизм.

Основним чинником більшості психологічних проблем особистості є нарцисизм. Нарцисичні прагнення і бажання властиві всім людям, вони нормальні лише за умови, коли не набувають провідної ролі в особистісному функціонуванні. Нарцисична довершеність – це та фантазія, заради підтримання якої суб'єкт вдається до витіснення, раціоналізації та інших захистів. Люди захищають ідеальний образ Я від будь-яких спроб оточення вказати, що це не так, і від власних здогадів про його недовершеність. У психоаналізі завжди беруть до уваги нарцисичну природу численних особистісних утворень і характеристик.

Нарцисизм (грец. *narkissos* – ім'я міфічного персонажа) – ідеалізація власного Я, прагнення справляти враження бездоганної істоти – розумної, красивої, доведеної, а також ненаситний пошук підтримки цієї ілюзії оточенням.

Проблема нарцисизму – одна з найцікавіших у глибинній психології. Якщо виходити з побутового уявлення про нарцисичну особистість як егоцентричну і самозакохану людину, чий інтереси значною мірою зосереджені навколо власного Я, то зрозуміло, чому нарцисична симптоматика настільки важлива для психотерапії. Нині нарцисичні невротики становлять більшість серед інших категорій клієнтів психологічних консультацій. Спричинене це підтриманням і популяризацією в сучасному суспільстві нарцисичної моделі особистості; зверненням до психотерапевтів передовсім людей із високим відчуттям значущості свого Я, яскраво вираженим інтересом та увагою до власної особистості.

На рівні психологічних механізмів нарцисизмом називають тенденцію спрямовувати лібідо на власне Я, а не на інших осіб, які могли б стати об'єктом бажання. Нарцисична заклопотаність собою і своїм благополуччям є основною проблемою в людей, чия життєдіяльність організована навколо ненаситної потреби одержувати підтримку і похвалу з боку оточення. Реальна або уявна власна досконалість не приносить нарцисичному суб'єкту задоволення, якщо він не одержує підтвердження цієї досконалості в будь-якій формі і відразу.

Нарцисичні особи вирізняються специфічною манерою поведінки, завдяки чому їх легко ідентифікувати. Вони характеризуються відчуттям власних виняткових прав, фантазіями про всезнання і всемогутність, вираженість яких залежить від гостроти психопатології. Супутні афекти коливаються від душевного піднесення (внаслідок підкріплення самооцінки) до розчарування, депресії або т. зв. нарцисичного гніву, коли зачіпають їхнє самолюбство.

У процесі аналізу необхідно розрізняти нормальний, патологічний і злоякісний нарцисизм. Нормальний нарцисизм, зумовлений ранньою (нарцисичною) стадією психічного розвитку, проявляється як природна турбота про власну значущість, потреба у схваленні своєї поведінки та особи. При цьому людина далека від нарцисичної заклопотаності і не сприймає зовнішній світ як обов'язково причетний до оцінки власного Я. Досягнення та успіхи інших не загрожують руйнуванням нарцисичної цілісності власного Я, суб'єкт здатний адекватно оцінювати інших людей і довіряти їх думці про себе.

Патологічний нарцисизм найчастіше пов'язаний із дефіцитом самоповаги і заниженою самооцінкою. Через надто вимогливе Супер-Его такі люди відчують себе не просто самотніми і непотрібними, а зовсім не гідними любові та уваги. Вони мають постійну потребу в підтвердженні власної значущості. А проєктивне знецінення людей, що їх оточують, як холодних і черствих, не вартих довіри і поваги, ідеалізація власного Я і відчуття переваги над іншими призводять до формування «грандіозного Я», для якого найвища оцінка все одно буде недостатньою. За сильної залежності від чужих думок і оцінок нарцисична особа нікому не довіряє, не терпить критики, а похвалу сприймає насторожено. Крім того, такі люди дуже амбівалентні. Їхня нарцисична самооцінка то занадто висока, то занижена – аж до повної невпевненості в собі. Такі коливання зумовлені внутрішньою несвідомою динамікою, а їх причину суб'єкт убачає в ненадійності соціального оточення або референтної групи.

Про злоякісний нарцисизм свідчить неспроможність індивіда спрямовувати бажання на об'єкт, оскільки любов до іншої людини «віднімає лібідо» від власного Я. Злоякісний нарцисизм є повним заміщенням будь-яких прагнень нарцисичним самозадоволенням. При цьому спотворення реальності зумовлює «тонко налагоджена»

система психологічних захистів, що оберігають нарцисичну велич і цілісність уявного образу Я.

Відмінність між нормальним, патологічним і злоякісним нарцисизмом, як і належність клієнта до відповідного рівня особистісної організації, можна оцінити за властивими йому способами реагування на образу. Нарцисичні особи дуже вразливі і рідко відповідають на образу адекватно. Такі реакції, як терпимість, визнання помилок або неспроможність ідеальної репрезентації власного Я, толерантність до фрустрації дій, для них не характерні. Натомість вони активно використовують заперечення та ідеалізацію, їхнє уявлення про власну велич може парадоксально зміцнюватися після невдач. Як захисний механізм такі люди застосовують усемогутній контроль («Варто мені тільки захотіти!»). Вкрай патологічною формою реакції на образу є фантазія про можливість урятувати високу самооцінку та уникнути нарцисичної катастрофи ціною відмови «взагалі бути». Роздуми на тему «Ось я помру, тоді пошкодуєте!» мають нарцисичну природу і передують багатьом самогубствам. Аналогічне, хоч і протилежне за своєю природою, бажання покарати кривдника, знищивши його, теж достатньо типове. Підлітки з нарцисичною симптоматикою часто проявляють асоціальну поведінку (вживання наркотиків, втеча з дому, бродяжництво).

3. Фройд вважав нарцисичних пацієнтів малопридатними для психоаналізу. Він розглядав нарцисичний невроз як неспроможність налагоджувати трансферентні відносини з аналітиком, наголошуючи, що зверненість лібідо на себе межує із психотичною відмовою від реальності. Нині нарцисичну організацію особистості не розцінюють як протипоказання для аналізу, однак терапевтична робота з такими людьми може бути тривалою і важкою.

6. Теорія психосексуального розвитку.

У класичному психоаналізі раннє дитинство (перші п'ять років життя) розглядають як фундамент психічної структури особистості. Виокремлені 3. Фройдом стадії психосексуального розвитку вважають визначальними чинниками її організації, а також формування психологічних проблем і невротичних симптомів.

Пренатальна стадія і травма народження.

Народження, на думку більшості психоаналітиків, є сильною фізіологічною і психологічною травмою, яка надалі слугує

універсальним зразком (прототипом) для ситуацій, пов'язаних зі стражданнями, дискомфортом і тривогою.

О. Ранк зосередив увагу на переживаннях немовляти, вирваного з приємних і природних відчуттів блаженного тепла, захищеності, достатку і комфорту. Опинитися поза материнською утробою – найсильніший шок, який переживає людина за все життя. Решта страждань будується за образом пологової травми, що становить резервуар первинної тривоги, окремі порції якої вивільняються надалі в неприємних або загрозливих ситуаціях. Особливо сильне переживання тривоги викликають такі епізоди: розрив зі значущим (коханим) об'єктом, втрата статусу і пошани, тілесна травма, будь-яка емоційна втрата. Це нагадує людині про відчуття безпорадності, ворожості та страху, які вона вперше пережила при входженні в цей світ.

У процесі розвитку особистість навчається витримувати такий страх. Маленькі діти цього ще не вміють – вони уявляють собі остаточну втрату (смерть) як від'їзд або відхід, намагаються пояснити розрив за допомогою захисної раціоналізації («він був поганий, і мама його покинула, а я хороший і слухняний»). У дорослих рано чи пізно формуються ефективні механізми боротьби з тривогою втрати, проте майже кожна подібна ситуація реактивує первинну тривогу, викликаючи могутнє ірраціональне переживання безпорадності і страху та сильне несвідоме прагнення повернутися в безпечне і затишне материнське лоно.

Стадії вікового розвитку пов'язані зі зміщенням ерогенних зон – тих ділянок тіла, стимуляція яких викликає задоволення.

Оральна стадія триває до 1 року, ерогенною зоною є слизова оболонка рота і губ. Дитина одержує задоволення, коли ссе молоко, а за відсутності їжі – власний палець або якийсь предмет. Всі бажання немовляти не можуть бути задоволені, з'являються перші обмеження. Тому в кінці стадії з'являються друга інстанція – Я. Формуються такі риси характеру, як ненаситність, жадність, вимогливість, незадоволеність всім, що їй пропонують.

Анальна стадія триває від 1-го до 3-х років, ерогенна зона зміщується в слизову оболонку кишечника. У цей період дитина привчається до акуратності, виникає багато вимог і заборон, у результаті чого інтенсивно розвивається Я, визначальним стає принцип реальності. Починає формуватися третя інстанція – Над-Я як втілення соціальних норм, внутрішня цензура, совість. Розвиваються

акуратність, пунктуальність, впертість, агресивність, скритість, схильність до накопичення та інші риси.

Фалічна стадія триває від 3-х до 5-ти років і бактеризує вищу міру дитячої сексуальності. Провідною ерогенною зоною виступають геніталії. Якщо до цього часу дитяча сексуальність спрямовувалася на себе, то зараз діти починають відчувати сексуальну прив'язаність до дорослих людей, хлопчики до матері (Едіпів комплекс), дівчатка до батька (комплекс Електри). Це час найбільш строгих заборон та інтенсивного формування Над-Я. Розвиваються такі риси як самоспостереження, розсудливість та ін.

Прояви едіпового комплексу докладно описав З. Фройд. Маленький чоловік один хоче володіти матір'ю, сприймає присутність батька як перешкоду, обурюється, коли той дозволяє собі бути ніжним із нею, виражає задоволення, якщо батько від'їжджає або відсутній. Часто він висловлює свої почуття, обіцяючи матері одружитися з нею. За інших обставин хлопчик виявляє велику ніжність до батька. Такі амбівалентні емоційні установки, які в дорослого призвели б до конфлікту, у дитини легко співіснують і пізніше постійно перебувають поряд у несвідомому. Коли малюк проявляє неприкрити сексуальну цікавість до матері, вимагаючи, щоб вона брала його спати із собою, проситься бути присутнім при її туалеті чи навіть робить спроби спокусити її, то в цьому проявляється еротична природа прихильності до матері.

У маленької дівчинки все відбувається (з необхідними змінами) аналогічно. Ніжна прихильність до батька, потреба усунути матір і посісти її місце, кокетування із застосуванням засобів зрілої жіночності саме в маленької дівчинки формують чарівну картину, яка примушує забувати про серйозність і можливі важкі наслідки, що приховуються за цією інфантильною ситуацією.

Перериває сексуальний розвиток дитини латентна стадія, яка триває від 5 до 12 років. Потяги, які виходять з Воно, добре контролюються. Дитячі сексуальні переживання витісняються, інтереси дитини спрямовуються на спілкування з друзями, шкільне навчання тощо.

Генітальна стадія починається з 12 років і відповідає власне статевому дозріванню. Об'єднуються всі ерогенні зони, з'являється прагнення до нормального сексуального спілкування. Воно підсилює свою активність, і особистості доводиться боротися з його

агресивними імпульсами, використовуючи механізми психологічного захисту.

Питання для самоконтролю

1. Проаналізуйте методологічні інновації які ввів З. Фройд.
2. Дайте характеристику переносу та його видів. Розкрийте сутність контрпереносу.
3. Дайте пояснення поняттю опору.
4. Окресліть сутність та види психологічних захистів.
5. Опишіть стадії психосексуального розвитку, а також типи регресивного поведінки, характерні для кожної з цих стадій.

ЛЕКЦІЯ № 5

Аналітична психологія у психотерапії та постюнганство

Мета: розкрити сутність аналітичної психотерапії, ознайомитися з основними поняттями процесів несвідомого, окреслити основні архетипи особистості, розкрити сутність архетипічної школи.

План

1. Теоретичні основи аналітичної психотерапії.
2. Регресія та індивідуація у аналітичній психотерапії
3. Основні архетипи та їхня характеристика.
4. Архетипічна школа у постюнганстві.

1. Теоретичні основи аналітичної психотерапії.

Основні постулати аналітичної психотерапії загалом відповідають психоаналітичній традиції. Розбіжності із З. Фройдом полягають у трактуванні лібідо (К.-Г. Юнг розглядає його як універсальний принцип, а не просто енергію сексуальних потягів та бажань), а також розумінні психічного розвитку людини – процесу індивідуації, що відбувається впродовж усього життя і не є жорстко детермінованим початковими стадіями дитинства.

Характерною особливістю аналітичної психології і психотерапії є прямий зв'язок особистості К.-Г. Юнга з положеннями і принципами розробленої ним теорії і практик психотерапевтичної допомоги. На цьому наголошував і сам автор напряду у своїй програмній книзі «Спогади. Сновидіння. Роздуми»: «...Моє життя – це історія самореалізації несвідомого! Все, що є в несвідомому, прагне реалізуватися, і людина хоче розвиватися з своїх несвідомих джерел, відчуваючи себе як єдине ціле. Я не можу використовувати мову науки, простежуючи це на собі, оскільки я не можу дивитися на себе як на наукову проблему.»

Те, чим ми є для нашого внутрішнього бачення, і те, що є людина *sub specie aeterni* може бути втілене лише в міфі. Міф більш індивідуальний і виражає життя точніше, ніж наука...».

Юнг не соромився очевидної міфологічності власної теорії – він відкрито визнавав її і наполягав, що повністю деміфологізована психологія не здатна аналізувати феномен людської сутності у всій його складності і різноманітності. Тому особистий міф К.-Г. Юнга можна розглядати як одну з передумов створення його наукової школи. Він

свідомо використовував зміст власного духовного життя для конструювання концептів, за допомогою яких можна зрозуміти не просто психіку, а душу людини. Недарма замість терміна «психіка» у своїх пізніх працях Юнг вживав слово «психе», акцентуючи на її невимірній універсальній трансцендентній сутності.

В автобіографії К.-Г. Юнг описував виразні дитячі сновидіння і переживання, які згодом, років у дванадцять, сформували основу його «другого Я». «Це протистояння двох іпостасей моєї особи, – писав Юнг, – продовжувалося все моє життя... Інший, номер другий – типова фігура, але усвідомлюється вона дуже рідко». Це пряме свідчення того, наскільки чутливим до несвідомого був ще з дитинства основоположник аналітичної психології. Уявлення про несвідому установку як про другу, надзвичайно значущу і комплементарну (доповнювальну) до свідомості психічну функцію, – одне з основних положень юнгівської теорії. Період роботи асистентом і лікарем у психіатричній лікарні Бургхольці став важливим для особистісного, професійного і наукового становлення К.-Г. Юнга. Спостерігаючи за пацієнтами, він уперше замислився про символізм симптомів психічних розладів. У своїх спогадах Юнг навів приклад жінки, яка раз по раз повторювала серію своєрідних нав'язливих рухів, ніби проколюючи і протягуючи щось невидиме. Розпитування виявили, що хвороба почалася в цієї пацієнтки після того, як її кинув коханий-швець. Юнг зрозумів приховану несвідому мотивацію нав'язливих дій: жінка повторювала рухи шевця, щоб продовжити свій зв'язок із ним. Відтоді він почав активно цікавитися сенсовою зумовленістю психозів і дійшов висновку, що манія переслідування і галюцинації мають раціональну основу. За ними фігурують цінності особи, її надії і бажання, а за психозом – загальна психологія індивідуальності.

К.-Г. Юнг запропонував теорію колективного несвідомого та його структурних елементів – архетипів, уточнивши, які з них є складовими особистості і як вони визначають індивідуацію як процес особистісного розвитку. Він описав основні її етапи, ускладнення та спричинені ними психологічні проблеми. Йому належить також оригінальна типологія особистості, яка спирається на уявлення про основні психічні функції та їх компенсаторний взаємозв'язок. Крім того, учений обґрунтував ефективний метод експериментального дослідження несвідомих комплексів – асоціативний експеримент, розробив нові стратегії тлумачення сновидінь, вніс нові позитивні ідеї

в розуміння шлюбу як психологічних взаємин, сімейних і дитячо-батьківських стосунків. Для пізньої творчості Юнга характерний інтерес до філософських проблем людської особистості і психіки.

У післявоєнний період він розробив складні теорії трансцендентної функції психіки, енантіодромії і синхронії; виклав нову теорію психічного, у якій представляв психіку не просто як здатність суб'єкта сприймати і розуміти світ, а як універсальну світотвірну сутнісну категорію. Таку психіку, основу *unus mundus* (єдиного, цілісного світу, сповненого зв'язків і взаємозалежностей), він називає «психе», наголошуючи, що це основа світу, яка є не тільки запорукою умов існування, а й втручається в існуючий природний лад.

На відміну від психіки, основною функцією якої є віддзеркалення дійсності в знаково-символічній формі, юнгівська психе – це універсальна здатність до відтворення світу як універсуму, тобто світу, сприйнятого, осмисленого та оціненого людиною. Задовго до постмодерністських ідей «смерті суб'єкта» (М. Фуко) і несвідомої суб'єктності (Ж. Дельоз, Ф. Гваттарі) Юнг розробив уявлення про несвідомий індетермінізм (жорстку зумовленість дій і поведінки) суб'єкта. Обґрунтований ним пріоритет несвідомої психе розвінчує ілюзорну могутність свідомості, яка нібито контролює і регулює людське життя. Численні спостереження життєвих криз пацієнтів переконали Юнга-психіатра в тому, що розум і свідомість лише незначною мірою відповідальні за виникнення і результат фатальних для особистості подій; можливості свідомості суб'єкта щодо організації його власного життя обмежені.

Юнгіанський підхід «вписав» психотерапію в широкий контекст гуманітарно-філософського знання, а також започаткував нові, символічні і метафоричні, форми психотерапевтичної практики. Концепція особистого міфу допомогла структурувати терапевтичний процес у добре зрозумілих для клієнтів етапах і формах: аналітик супроводжує клієнта на окремих стадіях його життєвого шляху, опрацьовуючи певні архетипічні проблеми.

2. Регресія та індивідуація у аналітичній психотерапії

Юнг-філософ осмислював розбіжності свідомих намірів і життєвих планів з реальною картиною та обставинами життя в руслі антагонізму свідомості (яка претендує на чільну і вищу роль у психіці) і загальної несвідомості психе, трансцендентальну природу якої розглядають як долю або божественний чи демонічний вплив.

Для людини однаково згубно і піддатися впливу несвідомого, і сліпо вірити у всемогутність свідомості, обмеження якої стають помітними лише в ситуаціях життєвого краху.

Проте завжди існує можливість синтезу, взаємодії та спільного сприяння свідомості і несвідомої психе, хоча цей процес, на думку Юнга, ускладнений кількома обставинами. Як правило, такий синтез, що веде до утворення трансцендентної функції, починається з глибокої особистісної регресії. Суть її полягає в тому, що людина, опинившись у важкій життєвій ситуації, хоче сховатися в минулому, стати дитиною і повернутися до батьків, чиї ідеалізовані образи (імаго) здаються всемогутніми і проєктуються зовні. Регресія – цілковите торжество несвідомого, тому свідомість намагається її загальмувати. Ці процеси відбуваються на тлі тривоги, невпевненості в собі, іноді супроводжуються соматичними розладами. Саме з такої ситуації починається індивідуація, сприяння якій і є основною метою аналітичної психотерапії.

Індивідуація (лат. *individuo* – неподільний) – відновлення та розгортання первинної цілісності і єдності індивіда, максимальна реалізація його сутності.

Окремі етапи індивідуації визначаються впливом архетипів.

Архетип (грец. *archetypos* – першообраз) – універсальна структура, що акумулює досвід колективного несвідомого, об'єднаний навколо важливих образів чи ідей (Тінь, Персона, Божественне Дитя, Велика Мати), через яку несвідоме впливає на поведінку та психіку.

Контакт з архетипом. переживається як величний, таємничий, моторошно-захопливий, у чому виявляється сакральна або нуміозна (божественна) природа архетипу.

Запропонований Юнгом термін «індивідуація» вказує водночас на два напрями, основні змісти особистісного зростання: унікальність, неповторність кожної людини та її духовну, психічну і тілесну цілісність. Метою процесу індивідуації є досягнення повного розвитку Самості (сутності людського Я).

3. Основні архетипи та їхня характеристика.

Самість – центральний архетип структури особистості, який уособлює максимальну повноту її самореалізації, творчий потенціал і різноманітні можливості та життєву силу.

Індивідуація Самості – це самопізнання і саморозвиток, шлях до себе, «створення душі». Проникнення у власну унікальну природу

передбачає насамперед пізнання свого несвідомого, інтеграцію окремих архетипів особистісної структури – Тіні, Персони, Аніми чи Анімуса. Відповідно процес індивідуації відбувається в три етапи: усвідомлення тіньової сутності, вихід з-під влади Персони та взаємодія з Анімою чи Анімусом.

Архетип Тіні. Він уособлює негативні аспекти (рисни характеру, мотиви, прагнення, думки і почуття, цілі і цінності), які є в кожній людини. Цей архетип люди сприймають як чужий і небезпечний. Більшість клієнтів намагається позбавитися його проявів за рахунок проекції, приписуючи тіньові характеристики своєму оточенню, ворогам чи суперникам. Саме цей архетип відповідає за поширені етносоціальні стереотипи («брудні негри», «розбещені французи», «підступні чеченці», «музи-канти-наркормани»).

Процес індивідуації починається з усвідомлення власних тіньових характеристик, що відбувається вимушено, у ситуації, яку людина переживає як хворобливу, нестерпну, трагічну, катастрофічну. Більшість клієнтів, звертаючись за психологічною допомогою, скаржаться на конкретні проблеми – втрату близьких, самотність, службові неприємності, фінансові негаразди, психосоматичні симптоми тощо. У своїх розповідях вони всю життєву ситуацію характеризують як кризову, переживання якої супроводжується відчуттям безсилля, безпорадності і безвиході.

Юнгіанська психотерапія радить не боротися з Тінню і не пробувати її відщепити: у фольклорі різних народів існують повчальні історії про людину, яка втратила або продала свою тінь, – вони завжди погано закінчуються. З Тінню потрібно « домовлятися». Це непросто, адже вона є не лише негативною частиною особистості, а й уособлює все, чим людина бути не хоче, втілює якості та бажання, від яких свідомість відвертається з жахом і огидою. Тінь гірша за будь-якого ворога, бо не дає змоги забути про власну тваринну природу. До того ж Тінь – майже неусвідомлювана частина психіки.

За результатами численних клінічних спостережень Юнг дійшов висновку, що в таких випадках єдиною позитивною стратегією є довіра до несвідомого і жвавий інтерес до тих способів мислення та поведінки, які пропонує Тінь. Звичайно, потрібна чимала мужність для того, щоб поглянути в обличчя демонам власної психе і довіритися їм. Як зауважила учениця Юнга Марія-Луїза фон Франц, тільки від людини залежить, стане Тінь «Другом» чи «ворогом».

Визнати власну Тінь і спілкуватися з нею найзручніше через сновидіння. Тінь у снах представлена різноманітними страховиськами, хижими тваринами, розбійниками, відьмами або чортами та ін. Наявність кошмарів і боротьба з чудовиськами у снах – пряма вказівка на те, що поточний етап індивідуації ускладнений певними перешкодами. Аналітична допомога в цих випадках спрямована на підтримання пацієнта та інтерпретацію символіки Тіні. Юнг запропонував чотирьохетапну схему аналізу, на кожному етапі якої перед аналітиком стоять певні завдання:

1. Сповідь (катарсис). Терапевт має уважно слухати клієнта, заохочувати вираження негативних емоцій, демонструвати зацікавленість образами та сюжетами, у яких відображають проблеми з Тінню.

2. Роз'яснення (інтерпретація). Завдання терапевта полягають в ампліфікації (збагаченні) і тлумаченні архетипічної символіки з перспективою залучення довільних асоціацій клієнта.

3. Пристосування. Цей етап передбачає роботу в режимі активної уяви, тобто взаємодію з образами та символами Тіні за конкретними сценаріями. Наприклад, клієнтові можна запропонувати, щоб він уявив собі спуск до підземної печери і зустріч з хазяїном та описав, що це за істота, чи загрожує (і як саме) вона клієнтові, як знайти з нею спільну мову, що вона може розповісти або чим обдарувати в разі згоди. Аналогічні запитання придатуться й в інших ситуаціях, архетипічний зміст яких відповідає ідеї зустрічі з Тінню.

4. Трансформація. На цьому етапі клієнт переживає зміни, зумовлені згодою з Тінню, її інтеграцією. Він відчуває нові сили та можливості і розуміє, що період занепаду минув. Аналітик схвалює результати і розповідає про подальший перебіг індивідуації – вивільнення від контролю Персони.

Архетип Персони. Цей архетип утілює соціальні та соціокультурні детермінанти особистісної активності.

Персона – це зовнішня частина особи, якою та звернена до людей і суспільства; вона є одночасно фактором і результатом соціального пристосування індивіда. Присутність в індивідуальній психі деяких фрагментів колективної психіки сприяє соціальним діям і контактам, однак перешкоджає індивідуації, яка «вириває» людину з-під влади соціального контролю і суспільного життя. Персона як

соціальний архетип, що охоплює систему компромісів, необхідну для життя в громаді, закорінена у примітивному психічному житті.

Персона – те, чим людина звикла себе вважати, хоч насправді її сутність інакша. Властивості Персони протилежні автентичності, вони ілюзорні, бо сформовані «напоказ». Однак якщо особистість починає ототожнювати себе з цією ілюзією, виникає психічна інфляція – надмірне розширення, «розпухання» особистості, яка некритично асимілює несвідомі змісти та ідентифікується з ними. Психічна інфляція повністю блокує процес індивідуації. Людина ототожнює себе з чимось величним, грандіозним, могутнім, хоч насправді залишається обмеженою і слабкою. Психологічними ефектами такої інфляції є манія величчя або відчуття неповноцінності – залежно від того, активно (впливає) чи реактивно (стає об'єктом впливу) функціонує Персона.

Якщо індивідуація – це наближення до Самості, то інфляція – віддалення від неї. Її супроводять дисоціація (роз'єднання) психічних складових, дедалі більше розщеплення в системі особистості, антагонізм свідомої та несвідомої установок. Такий стан буття називають манаособистістю (полінез. «мана» – надприродна сила і могутність). Людина здається собі набагато мудрішою і привабливішою, ніж є насправді, і вона тягнеться не до власної суті, а до химери псевдодосконалості, якої неможливо досягти.

На відміну від захопленості Тінню владу Персони клієнти переживають набагато легше; більшості з них здається, що справи йдуть непогано. У період інфляції людина сповнена нереалістичних очікувань, сприймає бажане за дійсне і не чує критичних застережень. Тому позиція аналітика має поєднувати уважне і доброзичливе спостереження мана-проявів і послідовну конфронтацію з ними. Часто єдиним компенсаторним механізмом у системі психіки залишаються сновидіння. Представлена у них картина життя клієнта постає тим більш негативною і загрозливою, чим більше він вдається до самообману. Сни відображають катастрофічні невдачі в соціальній чи приватній сфері, вони ніби погрожують мана-особистості. Клієнти дуже бояться, що такі сновидіння можуть виявитися пророчими, тому їх обговорення та інтерпретація стають ефективною основою для аналітичної роботи.

У сновидіннях символіка Персони часто пов'язана з одягом та іншими елементами оформлення зовнішності, адже Персона – це справді «психічний одяг», який не варто вважати головнішим за його

вміст. Сновидіння з багатими декораціями, переобтяжені вишуканими елементами інтер'єру, оздобами і прикрасами, прямо вказують на психічну інфляцію. Компенсаторні тенденції можуть проявлятися в тому, що людина уві сні бачить себе роздягненою, в розірваному, старому чи брудному одязі, голою на офіційній церемонії тощо. Інколи ідея штучності, несправжності, фальші передається семантикою перукарні, лялькового театру, косметичного салону або показу модної колекції одягу.

Стратегію роботи з Персоною в юнгіанстві визначають як деструкцію (лат. *destructio* – порушення, руйнування) – у тих випадках, коли її розвиток гіпертрофований і заважає індивідуалізації. Такі розлади трапляються частіше, ніж слабка або недорозвинена Персона, яка потребує підтримки. Дефіцитарне (недостатнє) функціонування Персони супроводжують негативні оцінки соціального середовища, люди з таким проявом архетипу часом набувають репутації «блаженних», «не від цього світу». Вони ігнорують типові соціальні норми і цінності, не прагнуть спілкуватися і робити кар'єру, часто не звертають уваги на свій одяг і зовнішність тощо. Психологічних проблем у них менше, бо труднощі при спілкуванні виникають в інших. Якщо клієнт вивільнився з-під влади колективної психіки, уособленої в архетипі Персони, завдання цього етапу індивідуалізації можна вважати виконаним.

Архетипи Аніми, Анімуса. Вони доповнюють чоловічу або жіночу природу людини і уособлюють, відповідно, жіночі аспекти психе чоловіків і чоловічі – жінок. Аніма – це духовність і душа чоловіка, вона регулює його емоційне та почуттєве життя і несе відповідальність за кохання, любовні взаємини, шлюб, стосунки із жінками – від матері й сестер до жіночих фігур у бізнесі або політиці. Аніма відіграє вирішальну роль у сприйнятті літератури і мистецтва, забезпечує духовне зростання, визначає релігійний аспект життя.

Анімус відповідає за розум і логіку в поведінці жінки, спонукає її до соціальних досягнень і кар'єрного зростання, допомагає приймати рішення і розв'язувати проблеми. Він містить досвід спілкування з чоловіками, на ґрунті якого жінка формує уявлення про них, кохання і шлюб; впливає на її світосприймання, цінності та життєві цілі. К.-Г. Юнг зазначав, маючи на увазі ці архетипи, що у психіці кожного чоловіка живе неусвідомлена жінка, а в жіночій психе – прихований чоловік. Однак у цих архетипів різні принципи функціонування: Ерос, що забезпечує зв'язок, синтез і асоціюється з

інтуїцією та стихійністю, і Логос – раціональність, логіка, абстрагування та аналіз. «Функція Еросу, – зауважував Юнг, – об'єднувати те, що було розділено Логосом». Тому на цій стадії аналітична допомога чоловікам і жінкам різниться. Спільність полягає лише в тенденції проектувати архетип Аніми чи Анімуса на більш-менш відповідних осіб. Така проекція, особливо в молодому віці, розпалює закоханість у свій об'єкт. Сильні почуття є підґрунтям юнацького романтичного кохання, але воно рідко буває надійним і вільним від деструктивних аспектів. Адже реальні чоловіки і жінки, в яких закохуються клієнти, не відповідають їх неусвідомленим прагненням і бажанням. У художній літературі майже завжди ідеальна Аніма-проекція (Ізоolda, Джульєтта, Джіневра, Єлена) трагічно гине зі своїм коханим у молодому віці, а романтичний коханець-Анімус (Перелесник, Роланд, Лоєнгрін) також втрачає свою обраницю або прирікає її на довге самотнє життя.

Окрім любовних проблем і шлюбних суперечностей, неінтегровані Аніма й Анімус призводять до незрілості й інфантильності, можуть спричинити шизоїдну розщепленість та саморуйнівні тенденції особистості. Ці архетипи містяться в несвідомому значно «глибше», ніж Тінь і Персона, їх усвідомлення та взаємодія з ними набагато важчі. Характеризуючи їх, К.-Г. Юнг наголошував, що вони – дух невідомих предків, їх спосіб думати і відчувати, пізнавати життя і світ, богів і людину.

Живуть вони у світі, дуже відмінному від зовнішнього. Час там тече нескінченно повільно, а народження і смерть індивіда не такі вже й важливі. Тому їх суть настільки чужорідна, що їхнє вторгнення у свідомість часто рівнозначне психозу.

Аналітичну роботу з такими архетипами слушно розпочинати зі з'ясування того, на якій стадії розвитку перебуває Аніма чи Анімус клієнта: еротично-сексуальній, романтичній, материнській/батьківській чи духовній. Корисно також визначити структурно-рольову форму жіночої або чоловічої психіки (за Е. Вульф). Для жінки це «мати», «гетера», «амазонка» і «звичайна жінка». Для чоловіка – «син», «воїн», «аскет» і «голова сім'ї» («сім'янин»). Ці форми визначають рольові очікування та емоційні потреби особистості, а архетипи Аніми/Анімуса вступають із ними у складну багатоаспектну взаємодію, спочатку конкурентну, а за успішної терапії – гармонійно-доповнювальну.

Типовою помилкою психотерапевта є спроба поділити прояви Аніми/Анімуса на позитивні і негативні, не менш важливі для процесу індивідуації, оскільки вони попереджають особу про помилки і слабкі місця у спілкуванні з протилежною статтю. Хитрі та підступні втілення Аніми (Цирцея, Мелюзіна, Лорелея) або жорстокий Анімус (Синя Борода, цар Шахріяр із «1001 ночі») навчають і застерігають, а смертельна небезпека на життєвому шляху може перетворитися на важливий фактор особистісного зростання: або вона здолає суб'єкта, або суб'єкт вийде переможцем і досягне нових щаблів власного розвитку.

Попри амбівалентність архетипів, які поєднують у собі добро і зло, небесні і хтонічні (земні, місцеві) елементи, їх інтеграція завжди має позитивний ефект. Негативними можна вважати неінтегровані, відщеплені Аніму/Анімуса, які набувають демонічної автономності і стають неминучою перешкодою для індивідуації Самості. Негативний Анімус є псевдоінтелектуальним елементом, який найкраще визначають слова «упередженість» або «забобон». Аніма як носій нижчих афективних прагнень і Анімус як ірраціональні, «другосортні» думки та переконання стають причинами більшості помилкових і нерозсудливих вчинків, жорстоких дій, невинуватених претензій.

На відміну від попередніх стадій психотерапевтичного процесу в цій ситуації краще вдатися до інтерпретації довільних асоціацій. Великий емоційний потенціал Аніми/Анімуса потребує повільного просування шляхом пізнання символіки несвідомого. Індивідуальні образи підтримують Его клієнта на осі Его – Самість, тоді як нумінозна (пов'язана зі страхом надприродного) архетипічна символіка може порушувати цю рівновагу. У роботі з архетипами гендерної духовності не слід занадто покладатися на когнітивні можливості клієнта. Його ненадійність і вразливість, трансферентна упередженість є нормальною реакцією на емоційний хаос, що спричиняє Аніма/Анімус. На завершальних етапах роботи можна вдатися до аналізу сновидінь, але передчасне звернення до снів часто викликає глибоку регресію або депресивні реакції на терапевтичну роботу.

Після інтеграції основних архетипів структури особистості (Тінь, Персона, Аніма/Анімус) психотерапевтичну допомогу зосереджують на провідному завданні досягненні та реалізації Самості. Цю мету не можна розглядати як щось кінцеве, конкретне.

Процес індивідуації нескінчений, його природу ілюструє не пряма лінія, а спіраль, яка поєднує свідоме з несвідомим у все нових і нових витках. Тому коректніше вести мову не про досягнення Самості, а про наближення до неї. Адже індивідуація Самості – не просто єдність, повнота, довершеність і гармонія, а постійний розвиток, ускладнення, збагачення та оновлення людської душі.

У процесі індивідуації психе, в якому, на думку К.-Г. Юнга, завжди наявний автономний, незалежний від зовнішніх впливів (у т. ч. і психотерапевтичної роботи) процес, активуються й інші архетипи: Трікстер, Мудрець, Діва, Божественне Дитя та ін. Усі вони впливають на переживання та усвідомлення людиною своїх якостей, потреб, проблем чи прагнень. Робота з ними має свою специфіку. Важливим і обов'язковим чинником її є процедура ампліфікації за рахунок універсальної архетипічної культурної символіки. Розгорнуті приклади ампліфікації з використанням релігійної, міфологічної та алхімічної символіки Юнг подав у працях «Айон», «Відповідь Йову», «Психологія і алхімія».

К.-Г. Юнг переконував, що індивідуація – завдання для обраних, під силу вона тільки еліті. Більшість людей, на його думку, навіть не переймаються метою самореалізації та духовного зростання, їх цілком задовольняє більш-менш успішне існування на рівні колективної психіки (Персона). Та якщо процес індивідуації розпочався – спонтанно чи був ініційований, наприклад, навчанням на психологічному факультеті, Його не можна зупинити, бо таку зупинку особистість буде переживати як життєвий застій, руйнацію і занепад.

Також фундаментальним положенням, яке стосується психотерапії проблем, пов'язаних з особистісним розвитком, є думка К.-Г. Юнга щодо відмінностей у психологічних проблемах молоді і зрілої людини. Життя молоді людини, як правило, розгортається під знаком загальної експансії з прагненням досягти поверхових цілей, а її неврози ґрунтуються переважно на нерішучості або відхиленні від основного напрямку діяльності. Життя старіючої людини відбувається під знаком контракції (стягування, скорочення), затвердження досягнутого і зниження зовнішньої активності, її невроз полягає зазвичай у невластивій зрілому віку фіксації на юнацьких установах і мріях. Якщо молодий невротик лякається життя, то немолодий відступає перед смертю. Те, що колись було для юнака (юнки) нормальною метою, для немолодої людини стає невротичною

перешкодою, так само як через нерішучість молодого невротика його нормальна залежність від батьків перетворюється на осоружні інцестуозні стосунки. Природно, що неврози, опір, витіснення, захисти у молодій людини мають протилежне значення порівняно з немолодою, незважаючи на їх певну зовнішню подібність.

К.-Г. Юнг наголошував, що в дитинстві і старості людина не усвідомлює своїх проблем – вона просто є проблемою для тих, хто про неї піклується. Тільки в зрілому віці, від 40 до 60 років, вона розв'язує свої проблеми як активний і самостійний суб'єкт.

За спостереженнями вітчизняних психотерапевтів, більшість їхніх клієнтів – це люди віком від 20 до 35 років. Навіть старші за них, як правило, психологічно відчують себе людьми «першої половини життя» (наприклад, сорокарічні жінки, які ще сподіваються влаштувати свою долю за зразком двадцятирічних – ідеальне заміжжя і відсутність турбот надалі). Тому думка Юнга по-новому висвітлює актуальну для багатьох клієнтів проблему інфантильного особистісного функціонування.

Очевидно, що далекий від ідеї «дорослішання» розвиток з віком стає все менш здоровим, навіть якщо і не супроводжується вираженими невротичними проявами. Так само аналітик, що працює з конкретною проблемою, не має ігнорувати прояви, пов'язані з недостатньою зрілістю клієнта. Часто терапевт занадто захоплюється власне аналітичним лікуванням, завданням допомогти, ідеєю психологічної освіти – і мало дбає про те, щоб пацієнт міг поглянути на свої «тимчасові» труднощі в цілісному життєвому контексті, з позиції його віку. Таку мету найдоречніше поставити у зв'язку із закінченням терапевтичної роботи, яка завдяки цьому набуває необхідної чіткості і завершеності.

4. Архетипічна школа у постюнґіанстві.

Архетипічна школа, представлена роботами американця Джеймса Хілмана (нар. 1926), швейцарця Адольфа Гутгенбюль-Крейга (нар. 1923), Генрі Корбіна, досліджує і застосовує в терапії образи, що є базовим, первинним рівнем психічної реальності (образи сновидінь, фантазії, поетичні та художні образи), розглядаючи їх як прояв і спонтанну діяльність людської душі. Як стверджує Дж. Хілман, образи мають суто творчий характер і не є результатом відчуттів і сприйняття чи ментальними конструкціями, що в символічній формі представляють деякі ідеї та почуття. Насправді образ співвідноситься тільки із собою. За своїми

межами він не пов'язаний ні з чим зовнішнім, семантичним: образи нічого не означають. Вони становлять тільки психічне в його імагінативній (образній) формі; як первинна даність образ існує сам по собі.

Такий погляд властивий багатьом людям: клієнти часто ставляться до створюваних ними образів із пошаною і любов'ю. Спроба терапевта порушити цей пістет своїми інтерпретаціями може серйозно ускладнити перебіг терапії і зруйнувати взаєморозуміння і довіру до аналітика. Проте інтерпретації – невід'ємна частина аналізу. Проблема полягає в умінні бачити моменти, у яких представлені пацієнтом образи і мотиви потребують не тлумачення, а іншого ставлення. Іноді клієнти самі допомагають вирішити це завдання, але так буває нечасто.

Якщо К.-Г. Юнг виокремлював три рівні тлумачення несвідомої символіки, то Дж. Хілман надає образам значно більшого значення. За Юнгом, спочатку аналітик працює з явним значенням образів (каузально-редуктивне пояснення), відтак розкриває латентне (на межі свідомості) значення, а після цього занурюється у приховані, езотеричні аспекти символу, зумовлені базовим культурно-міфологічним досвідом колективного несвідомого. Дж. Хілман називає образ «матерією душі» і веде мову про абсолютне, апріорне значення образів, наголошуючи, що вони мають власну цінність, а не зводяться до зашифрованих повідомлень або клінічних абстракцій. На його погляд, душа формується з образів і переважно є діяльністю, представленою сновидіннями. Сновидіння уві сні є образом поряд з іншими образами, і тому можна стверджувати, що радше сновидіння перебуває в образі (а не навпаки – образ перебуває у сновидінні). А джерело образів – образів-сновидінь, образів-фантазій, поетичних образів – спонтанна діяльність душі.

Свідомо використовуючи слово «душа» замість термінів «психіка» або «психе», Хілман акцентує увагу на духовних, ціннісних аспектах психічного життя та індивідуації особистості, на безмежності, потенційній незавершеності і нескінченності психічних процесів, які реалізують особистісне зростання і розвиток. На його думку, смислова специфіка образу полягає в тому, що він (образ) не фіксує значення, а радше вказує на нього, формує уявлення про невловиме, містичне, трансцендентне вимірювання буття. Тому робота з образами в архетипічній психології може бути і засобом, і метою терапії; інтерпретація образів сновидінь і фантазій не просто

сприяє процесу індивідуації, а й певною мірою становить його сутність.

Представники архетипічного напрямку вважають, що образи не тільки вказують на явища перенесення, регресії або інфляції, а й виконують роль засобу контролю їх динаміки. Крім того, робота з образами є чи не єдиним способом впливу на ту частину психе, яку в юнгіанстві розуміють як «життєвий процес, що за своїм божественним характером виходить із часів віковичних і забезпечує прагнення до формування символів».

Дж. Хілман та його послідовники схильні розглядати неврози та інші психічні розлади як невідрегульовану патологічну взаємодію з архетипічними образами, що виявляються сильнішими за Его і «відбирають» психічну енергію в процесу індивідуації. Не задіяне своєчасно в реальному житті лібідо регресує в міфічний світ архетипів, де активує образи, які з давніх-давен відображають вороже людині, чуже і страхітливе життя богів чи демонів. Якщо така регресія відбувається в молодості, індивідуальне життя людини витісняє божественна архетипічна драма. Її згубність посилюється тим, що свідомість не має засобів розпізнавання того, що відбувається, і не дає змоги позбавитися «зачарованості душі». В цьому виявляється життєво важливе значення міфів: вони пояснюють спантеличеній людині, що відбувається в її несвідомому і чому воно таке привабливе, трактуючи це божественним впливом. Проте особистість не завжди спроможна повернутися до людського неушкодженою, і в такому разі психотерапевтична допомога не просто бажана, а й необхідна.

Архетипічна психологія виходить із того, що образи як базові елементи психіки спонтанні, автономні і мають велику цінність. У цьому їх можна розглядати як одиниці структури особистості, її складові. Розвиваючи уявлення К.-Г. Юнга про базові архетипічні структури, Дж. Хілман у 1975 р. запропонував парціальну теорію особистості. За цією теорією, кожна людина характеризується безліччю інтенцій, прагнень, бажань і намірів, у ній в різних пропорціях змішані творчість, користь, жадання нового, прагнення спокою, заздрість, самопожертвування, честолюбство, самодостатність тощо. їх можна уявити як самотійних персонажів, що послідовно або одночасно беруть участь в оповіданні під назвою «Життя». «Особа є театром архетипічних фігур, – зауважує Хілман, – частина з яких розташовується на передньому плані внизу і в центрі,

інші чекають за кулісами, а саме дійство демонструє героїчні, комерційні, комічні, трагічні та фарсові теми».

Численні персоніфікації, з яких складається окремий суб'єкт, часто представлені у сновидіннях. У такій формі їх можна використовувати в роботі з клієнтами, оскільки образи, безпосередньо сприйняті і пережиті, викликають менше відторгнення і захисту.

Із такими парціальними (частковими) субособистостями у формі образів можна взаємодіяти по-різному: поговорити, побитися, висміяти, обійняти, намалювати, привітати, прогнати тощо. За бажанням клієнта з образами сновидінь можна не тільки розмовляти, а й танцювати, колекціонувати їх, давати імена або пригощати морозивом. Ці дії, віртуальні або реальні, є проявами як регресивної загрози цілісності Я, так і прогресивної диференціації, що сприяє розвитку Самості. Усе залежить від терапевтичної ситуації загалом і професійної інтуїції аналітика зокрема.

У сновидінні пацієнта парціальні особистості були представлені величними, могутніми фігурами з надприродними властивостями. Він споглядав образи демонічних чоловіків і прекрасних жінок, одночасно спокусливих і страхітливих. Персонажів сну клієнт бачив у динаміці, але не міг пригадати, що саме вони робили. «Там були приміщення, схожі на палаци, і якісь поля, або мисливські угіддя, ліс... Усе якимось нечітко і розпливчасто, але по суті, а не візуально, якщо ви розумієте, про Що я кажу».

Спочатку аналітик запропонував ідентифікувати ці образи у межах певної міфологічної або релігійної традиції, давши їм відповідні імена. Клієнт щиро захопився цим, використовуючи грецьку міфологію, і раз у раз радився з терапевтом, як буде краще. У процесі роботи аналітик зауважив, що, назвавши образ будь-яким ім'ям (запис пацієнтом змісту сну містив необхідний для реконструкції матеріал), пацієнт надалі приписував йому відповідне заняття (Афіна пряла, Афродіта милувалася собою в дзеркалі тощо).

Т.: Проте ви не пам'ятаєте, що саме робили персонажі у вашому сновидінні?

К.: Ні... Однак вони повинні це робити?

Т.: Не знаю. Здається, образи сновидіння нікому нічого не винні.

К.: А навіщо ми тоді даємо їм імена? Адже це дасть змогу зрозуміти значення сновидіння, його послання.

Т.: Якраз значення сну ви і назвали розпливчастим, нечітким.

К.: А ви намагаєтеся його прояснити?

Т.: Так, напевно. Проте можна зробити й інакше. Це ваші образи, і їх значення теж має бути вашим. Кожна фігура у сновидінні – це частина вашої особистості. Отже, можна дізнатися, що вони роблять, і без допомоги міфологічних прототипів. Як ми можемо бути впевнені в тому, що образ вашого сну сидів за прялкою, бо ви бачили це насправді, а не через те, що йому так належить?

К.: Напевно, ви маєте рацію. Ніхто там у мене вві сні не пряв. Я це запам'ятав би.

Т.: Можливо, ви соромитеся розповісти про їх заняття? Виникає відчуття, що деякі моменти сновидіння кимось ретельно відредаговані.

К.: Ні, річ не в цьому. Та якщо вони – це я, то де тоді я сам? (Тут клієнт зробив спробу співвіднести який-небудь образ з Его, центром свідомості особистості. Після нетривалих роздумів він продовжував.) Дивно, але мене там справді немає. І я, здається, знаю чому. Це вони всі на мене там полюють... переслідують. Однак мені завжди вдається вислизнути – я прокидаюся.

Т.: А якби не вдалося?

К.: Тоді їх усіх не стало б. (Пауза). Ось воно в чому річ! Це не греки, це дике полювання¹. Я полюю на них, а вони – на мене. Тому вони не можуть зловити мене там, уві сні, а я їх – тут, на терапії.

У процесі подальшої роботи клієнт дозволив собі (своєму Его, відповідальному за самоідентичність і просторово-часову безперервність особи) стати спійманою здобиччю, унаслідок чого став краще розуміти деякі власні інтенції, що суперечать свідомій установці. Водночас йому вдалося пом'якшити в собі ту частину, яку можна було назвати Диким Мисливцем. Зменшилася напруга, пов'язана з необхідністю підтримувати образ невблаганної досконалості, який він вважав абсолютно необхідним на роботі (клієнт був керівником фірми) і частково в сім'ї – у стосунках із сином.

Цей приклад ілюструє хілманівську вимогу не інтерпретувати образи, а взаємодіяти, «зближуватися» з ними. Юнгіанству не властива інтерпретація як редукація, пояснення значення образу і, відповідно, зведення його до чогось іншого, меншого, ніж він сам, як у психоаналізі. Навпаки, основним завданням тлумачення є збагачення асоціативних значень образів сновидіння шляхом включення їх у відповідний контекст.

Ще одну ефективну практику взаємодії з образами несвідомого Дж. Хілман описав у праці «Цілюща вигадка». На його думку, розповіді клієнтів про себе і своє життя можна розглядати як літературні твори (вони мають сюжет, образи, мовленнєві особливості тощо), а взаємини «аналітик – клієнт» – як відносини «автор – читач (редактор)» і працювати з розповіддю (дискурсом) клієнта за канонами літературознавства, заохочуючи при цьому його творчі здібності та уяву. Така форма роботи може не тільки бути високоефективною, а й надавати її учасникам естетичну насолоду, зміцнювати взаєморозуміння і позитивно впливати на трансферентні аспекти аналітичних відносин.

Ідея про цілющі властивості вигаданих історій не нова, і Дж. Хілман сам вказує, що запозичив її у класиків глибинної психології – З. Фрейда і К. Г. Юнга, які мали літературні здібності (Фрейд навіть отримав літературну премію імені Гете). Хілман пропонує не стільки аналізувати продукти літературної творчості пацієнтів, скільки ампліфікувати (підсилювати, збагачувати змістом та фольклорно-міфологічними паралелями) образи або ситуації, які вони створюють. Продуктивною може бути також драматизація сюжетів, їх спільне закінчення, ілюстрування тощо.

Поширене нині віртуальне спілкування через мережу Інтернет а використанням фантастичних імен (нікнеймів) і образів автора (аватар, юзерпик), художніх фотографій, малюнків, анімації може бути прикладом такої активності (на жаль, зовсім не терапевтичної). Більший цілющий потенціал має т. зв. фанатська творчість (фенфіки), коли шанувальники певного автора пишуть літературні твори, розвиваючи його сюжети і наслідуючи манеру письма.

В аналітичній роботі завжди корисно застосовувати літературні та міфологічні паралелі, фольклорні сюжети і мотиви, особливо для тлумачення образів сновидінь. Слід лише переконатися в тому, що клієнт володіє відповідним контекстом. За потреби легенду, історію або поетичний епізод, що співвідноситься з терапевтичною ситуацією, можна розповісти в процесі терапевтичного аналізу – усе залежить від ерудиції терапевта і пріоритетів клієнта.

Психотерапевтичний потенціал юнгіанства та пост'юнгіанства невичерпний. Загалом серед інших психотерапевтичних напрямів аналітична психотерапія є найбільш універсальною. Вона ефективна для багатьох проблем та розладів, придатна для клієнтів аз різним рівнем інтелектуальної рефлексії і може бути використана в

індивідуальній та груповій формах, навіть для самоаналізу. Терапевтичні пріоритети юнгівської теорії спрямовані більше на особистісне зростання і духовний розвиток, ніж на власне допомогу та лікування.

Питання для самоконтролю

1. Опишіть етапи психотерапевтичного процесу в аналітичній психології.
2. Охарактеризуйте спосіб виникнення комплексу.
3. Назвіть способи вираження процесу трансформації в різній символічній продукції.
4. Порівняйте підхід до аналізу трансферу в психоаналізі та аналітичній психології.
5. Розкрийте суть поняття «колективне несвідоме».

ЛЕКЦІЯ № 6

Гуманістичний напрямок у психотерапії

Мета: розкрити сутність гуманістичного напрямку психотерапевтичної допомоги, розглянути особливості клієнт-центрованої терапії, ознайомитися з основними поняттями: конгруентність, автентичність та ін., розкрити сутність підходу логотерапії та її основних понять.

План

1. Основні положення гуманістичного підходу.
2. Клієнт-центрована терапія.
3. Логотерапія.

1. Основні положення гуманістичного підходу.

У середині ХХ ст, як альтернатива психоаналізу і поведінковій психотерапії сформувався гуманістичний підхід. Часто його розглядають як «третій шлях» розвитку психотерапевтичних методів. Потяг до гуманістичних ідей зумовлений прагненням деяких психологів і терапевтів знайти нові пояснювальні моделі душевних патологій і зцілення людини.

Кризовий досвід світових воєн, а також результати психологічних досліджень виявили обмеженість механістичних і біологічних стратегій у поясненні природи людської поведінки. Жорсткий детермінізм (зумовленість), використовуваний раніше в поясненні психопатологічних і соціальних явищ, дедалі менше задовольняв дослідників, і це спонукало їх шукати інших пояснювальних стратегій і способів організації терапевтичних відносин. Однією з таких стратегій став гуманізм.

Розвиток гуманістичних ідей у психотерапії пов'язаний з постатями Гордона Олпорта (1897-1967), А. Маслоу, К.-Р. Роджерса, Ролло Мея (1909-1994), В.-Е. Франкла, Дж. Б'юдженталя (1915-2008) та ін. Гуманістичний рух був спробою показати життя і поведінку людини як систему, в якій суб'єктивні цілі, цінності і значення є визначальними для побудови життєвих стратегій і для всієї соціальної взаємодії. У зв'язку з цим людину почали трактувати як «істоту», що переживає, поведінку якої детермінують не вроджені

біологічні програми, інстинкти та несвідомі прагнення, а інтенціональність і чуттєвість, цінності, почуття і сенси.

Гуманістична (лат. *humanus* – людський) психотерапія – напрям психотерапії, який ґрунтується на апріорно позитивному розумінні людської природи і розглядає психосоматичні симптоми та психологічні проблеми як наслідок обтяжливого соціального впливу, несприятливих умов розвитку.

Основним коригувальним фактором представники гуманістичних шкіл вважають емоційно збагачені, турботливі, доброзичливі й рівноправні психотерапевтичні відносини без урахування трансферентного аспекту.

Гуманістична психотерапія розглядає людину як вільну істоту, здатну обирати способи здійснення свого життя. З огляду на це терапевтичні зусилля представники гуманістичного підходу спрямовують радше на особистісне зростання та актуалізацію потенціалу до самоцілення, ніж на лікування симптомів. Терапевтичною метою є досягнення максимальної усвідомленості як інтегральної якості людської природи і вищого стану свідомості. Патологічні реакції при цьому інтерпретують як щаблі психологічного розвитку особистості.

Один із засновників екзистенціально-гуманістичного підходу у психотерапії, Дж. Б'юдженталь, зазначав, що найважливішим фактом людського життя є суб'єктивне як елемент, що формує різноманіття інтенцій особи. Зміст цих інтенцій є таємницею, з якою має справу психотерапевт при кожній зустрічі з клієнтом. Тому сфера застосування психотерапевтичних зусиль – це сфера суб'єктивного, і кожна терапевтична подія, що впливає на клієнта, є для нього суб'єктивно значущим переживанням. Іntenціональність кожної людини формується і проявляється по-своєму.

Іntenціональність (лат. *intentio* – намір, прагнення, спрямованість) – базова сенсотвірна спрямованість свідомості до світу, що полягає у формульованому ставленні до предмета і прагненні особистості реалізувати власні наміри.

Іntenціональний суб'єктивний сенс має характеристики, значущі для терапевтичного аналізу та екзистенціального оцінювання особистості:

- 1) множинність значень (полісемантичність);
- 2) неповна піддатливість вербалізації. Лише частина цих значень може бути висловлена у мовленні, більшість існує як довербальні

чуттєві констеляції (угруповання), асоційовані з когнітивними, афективними і тілесними процесами, що формують постійне «джерело» становлення і реалізації суб'єктності людини;

3) змінюваність. Дані асоційованих констеляцій не мають фіксованих меж, перебувають у постійній взаємодії і взаємозлитті, внаслідок чого кількість потенційно можливих смислових комбінацій досягає нескінченності (що забезпечує отримання сенсу в будь-якій ситуації за адекватного функціонування свідомості);

4) відкритість. Внутрішній світ особистості може бути нескінченно відкритим до неусвідомленого матеріалу, і тому будь-який смисл може бути інтегрований і стати частиною усвідомлюваної суб'єктності.

Суб'єктивний вимір людини цілісний, безконфліктний і наділений енергією, що спонукає її до саморозвитку і самотрансценденції, допомагаючи долати психологічні кризи. Суб'єктивне – це внутрішня, особлива реальність, в якій людина живе максимально достовірно. Водночас особистість не ізольована у своєму суб'єктивному світі, а завжди відкрита новому досвіду і можливості контакту з іншими людьми. Розвиваючи ці ідеї, психологи (Е. Сьютіч, С. Гроф, А. Вотс, К. Вілбер) дійшли здогаду про те, що суб'єктність одних людей на глибинному рівні переплетена і тісно пов'язана із суб'єктністю інших. Можливість глибинного контакту і взаєморозуміння між людьми відкриває перспективи подальшого становлення і розвитку людини, дає сили для подолання відчаю, тривоги і страху, пов'язаних із природою існування.

Кризи перебування людини у світі (екзистенційні кризи) можуть позбавити її відчуття екзистенційних опор – відчуття реальності, детермінованого внутрішніми цінностями, цілями і сенсами життя, – внаслідок чого вона відчувається безпорадною і змушена шукати нові способи існування. Психотерапія допомагає пройти через такі кризи, через екзистенційну безвихідь, що супроводиться відчаєм, і знайти нові сенси життя.

Однією з причин складності/неможливості подолання безнадії є ригідність (негнучкість) зразків і сценаріїв, за якими суб'єкт живе у світі. Система внутрішніх меж інкапсулює (відмежовує) суб'єкта, обмежуючи репертуар його дій і реакцій. Гуманістично орієнтований терапевт має помітити і звернути увагу клієнта на такі внутрішні обмеження, а також допомогти їх подолати. Один зі способів – зміна

уявлень суб'єкта про себе і власний потенціал. Трансформація торкається таких аспектів активності особистості:

1) деструктивні і редукувальні конструкти, задіяні в самоописі суб'єкта;

2) обмежувальний індивідуалізм, який дистанціює людину та ізолює її від інших, призводить до розвитку патологічної самотності й аутизації особи;

3) нерозвиненість і обмеженість рефлексивних функцій, відсутність у діях здорового глузду, спокою і впевненості;

4) заблокованість внутрішніх ресурсів, відсутність перспектив і можливостей, вузькість погляду на життя.

Гуманістичний підхід тотальний за своєю природою і ґрунтується на ідеях щодо цілей і завдань психотерапевтичної роботи. Його методологічні позиції можна узагальнити в таких основних положеннях:

1. Людина цілісна, наділена внутрішньою єдністю, вона гідна довіри, позитивна, реалістична і прагне актуалізації свого психічного потенціалу.

2. Людина унікальна, тому у психотерапії неможливі узагальнення та абсолютизації, що виражаються у формулюванні домінувальних і універсальних стратегій психотерапевтичної допомоги; цінністю є людська індивідуальність.

3. Первинною психологічною реальністю є переживання людини, узагальнені в життєвому досвіді.

4. Життя людини розгортається від безглуздя і безцільності до значення і сенсу.

5. Негативні переживання, невротичні реакції і психічні обмеження виникають унаслідок пережитого негативного досвіду; терапія відкриває доступ до заблокованих можливостей, забезпечуючи особистісне зростання індивіда.

6. Людське життя – єдиний упорядкований процес, спрямований на реалізацію власного внутрішнього психічного і духовного потенціалу (тенденція до актуалізації); це можливо і природно у зв'язку з доступністю досвіду самореалізації.

7. Природа людини індетермінантна (необмежена) і спонтанна у своїй логіці, що прагне досягнення повноти самовираження.

Представники багатьох психотерапевтичних підходів гуманістичної спрямованості використовують ці положення як системотвірні принципи.

Серед усіх напрямів психотерапії гуманістичний є найбільш різноманітним і еклектичним. Якщо розглядати його широко, то він охоплює більшість підходів, які не можна зарахувати до психоаналітичних і когнітивно-поведінкових. До гуманістичного напрямку поряд із традиційними підходами, такими як клієнт-центрована психотерапія (К.-Р. Роджерс), логотерапія (В.-Е. Франкл), екзистенціальне консультування (Р. Мей), гештальттерапія (Ф. Перлз), належать психосинтез (Р. Ассаджіолі), психодрама (Я. Морено), трансакційний аналіз (Б. Берн), а також багато напрямів тілесно-орієнтованої і арт-терапії. Загалом ці підходи пов'язують між собою недирективний характер та зорієнтованість на актуальну проблематику клієнта.

2. Клієнт-центрована терапія.

Автором недирективного, тобто клієнт-центрованого підходу, є американський психолог Карл-Ренсом Роджерс (1902-1987), який активно впроваджував у психотерапевтичну практику фундаментальні ідеї суб'єктивізму, стверджуючи, що людина живе в суб'єктивному світі, і все її функціонування є закономірним наслідком реалізації суб'єктивних цілей і вибору. Саме акцентування на суб'єктивному в психотерапії зумовило появу терміна «клієнт-центрована психотерапія».

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

К.-Р. Роджерс переглянув позиції пацієнта у психотерапії, запропонував поняття «клієнт» для опису рольової позиції суб'єкта терапевтичного впливу, утвердивши визнання особистого потенціалу пацієнта, його самостійності й активності у процесі зцілення. Це потребує іншої форми комунікації між клієнтом і терапевтом порівняно з психодинамічною терапією, для якої клієнт є пацієнтом, або з поведінковою терапією, де він – об'єкт оперантного навчання.

Сутність центрованої на клієнті терапії полягає в такій побудові контакту психотерапевта із клієнтом, за якої пацієнт сприймає терапію не як лікування і вивчення з метою діагностування, а як глибоко особистий досвід. Тому під час її реалізації особливого значення набувають відчуття, що пробуджують людські взаємини,

передбачають щирість і обопільну відвертість. Для цього потрібно володіти розвинутою терапевтичною інтуїцією.

Основним рушієм позитивної динаміки терапевтичного процесу є тенденція до актуалізації і подальшої реалізації внутрішнього потенціалу особистості. К.-Р. Роджерс розглядав людську природу з позицій цілісності і вродженої мудрості, здатної спрямувати особу на шлях зцілення. Завдання терапевта зводиться до формування умов, за яких цей потенціал може бути актуалізований, оскільки всі психологічні і соціальні перепони, які йому заважають і спонукають його звертатися за психологічною допомогою до фахівців, спричинені блокуванням прагнення актуалізації власного психічного потенціалу.

Процес обмеження природних імпульсів автентичного саморозкриття блокується помилковими уявленнями про власне Я. Сформульоване Роджерсом поняття «Я-концепція» стало основою клієнт-центрованої терапії.

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.

Уявлення, що мають переважно когнітивний, інтелектуальний характер, можуть не відповідати власним переживанням, досвіду і відчуттю Я. Тому важливою метою психотерапії є допомога клієнтові у досягненні стану конгруентності між внутрішніми аспектами Я і Я-концепцією і за необхідності – реорганізації Я-концепції.

Конгруентність (лат. *congruens* – збіг) – рівнозначність, взаємовідповідність якісно рівноцінних станів, процесів або переживань. Це одне з центральних понять у більшості напрямів гуманістичної психотерапії. У клієнт-центрованій терапії воно також визначає міру відповідності Я-реального Я-ідеальному. Конгруентність асоційована внутрішньою достовірністю, реалістичністю, відвертістю, природністю особистості. Ідею конгруентності добре ілюструє формула дзен: «Коли я голодний, я їм; коли я втомився, я сиджу; коли я хочу спати, я сплю». Неконгруентність – наявність відмінностей між усвідомленням, досвідом переживань і когнітивними складовими цього досвіду. З погляду динаміки особистісних переживань конгруентність визначає стан, у якому різноманітні психічні зусилля і процеси злагоджені між собою. Цей стан характеризується

відсутністю внутрішніх директив, що визначають модус «я повинен», і домінуючою спонукальною силою щодо дій і рішень. Конгруентність особистості виражається в її здатності бути автентичною собі, тобто справжньою. Передовсім вона має бути властива особистості терапевта, що виражається в здатності передати клієнту власні почуття і переживання. Неконгруентність є проявом застою в саморозвитку, порушенням процесу інтеграції подій у досвіді.

Автентичність є інтеграційною характеристикою особистості. К.-Р. Роджерс витлумачив її як здатність людини у спілкуванні відмовлятися від різних соціальних ролей (психотерапевта, професіонала, педагога, керівника тощо), виявляючи справжні, природні власні думки, емоції та поведінку. Така здатність є природною складовою ефективного людського спілкування. З погляду інших гуманістично орієнтованих авторів синонімічні автентичності поняття «свобода особистості» (Г. Олпорт), «самоактуалізованість» (А. Маслоу), «цілісна особистість» (Ф. Перлз). Роджерс як синонім використовував також поняття «повноцінно функціональна особа».

Конгруентність і автентичність є важливими умовами терапевтичних відносин, що потребують природності реакцій на дії і переживання клієнта: не можна допускати уникнення і придушення його емоцій у процесі терапії. Клієнта і терапевта слід розглядати як рівноправних і автентичних суб'єктів, що перебувають у спільному полі інтеракцій і приймають особистісні позиції і погляди один одного.

Психотерапевтичний контекст пов'язаний також із концепцією «присутності». Терапія буде ефективною лише в разі контактування терапевта зі своїм внутрішнім Я, що дає змогу ефективніше налагоджувати контакт із внутрішнім інтуїтивним Я клієнта. Така взаємна присутність сприятиме внутрішньому звільненню клієнта і допоможе йому досягти стану природної достовірності. Концепція присутності передбачає здатність терапевта досягати зміненого стану свідомості, за допомогою якого і здійснюється контакт зі своїм інтуїтивним Я, що сприяє психологічному зростанню клієнта.

Однією з умов зцілення і можливості автентичного контакту є здатність терапевта до безумовного позитивного схвалення клієнта, пов'язана з виявом турботи, пошани і позитивної оцінки. К.-Р. Роджерс був переконаний, що процес конструктивних змін

клієнта є природним, може мати спонтанний характер і забезпечується мінімальними правильно структурованими зусиллями. Безумовне прийняття клієнта і позитивне ставлення до нього пов'язане з готовністю до схвалення і віддзеркалення будь-яких його почуттів, що вимагає щирості терапевта. Чим відвертіший терапевт у відносинах із клієнтом, тим більше це допомагає йому; для цього терапевту необхідно знати власні почуття настільки добре, наскільки це можливо, а не висловлювати певне почуття або думку, відчуваючи на глибинному чи підсвідомому рівні щось інше.

Прийняття людини зі всіма її можливими вадами і проблемами – безумовна терапевтична цінність, що передбачає повагу до життєвого досвіду особистості незалежно від того, наскільки він позитивний і несуперечливий. Позитивне ставлення до особистості клієнта дає йому відчуття захищеності і комфортності в терапевтичній роботі і є важливою частиною «відносин допомоги».

Здатність відчувати і розуміти те, що відбувається з особистістю клієнта в конкретний момент, пов'язана з емпатією її Роджерс розглядав як здатність сприймати внутрішній світ іншого зі збереженням емоційних і смислових відтінків, неначе стаючи цим іншим, але без втрати відчуття «неначе», бо в такому разі виникає стан ідентифікації з переживаннями клієнта.

Емпатія передовсім потребує відчуття переживань і емоційних реакцій клієнта. Вона має стосуватися смислових компонентів особистості і когнітивних аспектів проблемних зон. Потребує вона і відчуття соматичних реакцій, демонстрованих клієнтом у моториці, міміці і виявом вегетативних процесів, тобто психосоматичного резонансу.

Психосоматичний резонанс – психосоматичний відгук у тілі терапевта на процеси й реакції, що відбуваються в тілесній сфері клієнта у процесі психотерапії.

Основне терапевтичне завдання емпатії полягає в посиленні схвалення і розуміння клієнта, що сприятиме передачі йому досвіду розуміння його проблемної ситуації. Психотерапія стає найефективнішою тоді, коли терапевт виявляє сензитивну, інтуїтивну емпатію, турботу про клієнта і конгруентність, тобто природність і справжність у своїх почуттях.

Отже, основними терапевтичними механізмами у клієнт-центрованій терапії є: емпатія (всебічне тілесне і ментальне розуміння клієнта); безоцінність і необмежене схвалення; внутрішня

узгодженість (самоконгруентність і достовірність); саморозкриття терапевта.

Усі терапевтичні зусилля щодо конструктивних змін особистості клієнта пов'язані з актуалізацією природної мотивації до змін. Терапевт повинен допомогти клієнтові використати терапевтичні відносини для власного розвитку. Така впевненість пов'язана з вірою К.-Р. Роджерса в наявність у людини здатності і тенденції (явної чи потенційної) рухатися до зрілості. За правильно структурованих терапевтичних відносин ця тенденція вивільняється і стає не потенційною, а актуальною, що допомагає людині розуміти ті аспекти свого життя, які раніше завдавали їй дискомфорту і спричиняли незадоволеність.

Розвиваючи ідеї К.-Р. Роджерса, американський психіатр і психотерапевт Мюррей Боуен (1913-1990) зробив основні припущення щодо природи людини, які характеризують розвиток її духовного потенціалу і визначають позицію терапевта стосовно клієнта:

1) тенденція до самодетермінації – здатність обирати те, що надалі поліпшить якість життя особи і життя людей навколо неї;

2) принцип саморегулювання, який припускає наявність у людини природного ритму розвитку і природної здібності до самозмін, відновлення своєї психологічної цілісності;

3) існування Внутрішнього Я, яке визначає «духовні горизонти» особи та перспективи самопізнання і дає для цього необхідні ресурси.

Духовний аспект особистісного розвитку характеризується можливістю самотрансценденції – виходу за межі власного Я та інтеграції з абсолютним полем реальності (універсумом). Цю проблему висвітлено в пізніх працях К.-Р. Роджерса, дослідженнях А. Маслоу, роботах сучасних ідеологів трансперсональної психології (С. Грофа, К. Вілбера, Ч. Тарта) і теологічній концепції сенсу В.-Е. Франкла. У цьому контексті психотерапія є процесом, що реорганізує та впорядковує відносини особистості з універсумом через контакт із внутрішнім Я.

3. Логотерапія.

Однією з глибинних характеристик людської природи є пошук сенсу вчинків і життя загалом. Цими питаннями людство переймалося на всіх етапах свого розвитку. В останні десятиліття поняття «сенси» стало в психотерапії одним із основних. Важливу роль у цьому відіграв австрійський психолог, психіатр Віктор-Еміль

Франкл (1905-1997), який розробив метод екзистенційного аналізу – логотерапію.

Логотерапія (грец. *logos* – сенс, знання і *therapeia* – лікування) – метод психотерапії, що ґрунтується на системі філософських, психологічних і медичних поглядів на природу людини, центральним компонентом якої є прагнення до сенсу.

Це прагнення є альтернативним порівняно з концепцією прагнення до задоволення (З. Фройд). Як фундаментальна мотиваційна сила прагнення до сенсу безпосередньо пов'язане зі свободою волі людини. Антропологічна концепція Франкла представляє людину як єдність трьох ортогональних (перпендикулярних) вимірів:

1) соматичного виміру, пов'язаного з підтриманням тілесної функціональності;

2) психічного виміру, пов'язаного з динамікою психічних процесів (афектів, комплексів, потягів);

3) ноотичного (грец. *noos* – роздум) виміру, що виявляється в духовній силі і в прагненні до сенсу.

Ноотичний модус характеризує глибинну сутнісну природу людини, яка відрізняє людське від тваринного. Людина здатна піднятися вище за площину тілесних і психічних умов свого існування. Цим вона відкриває новий вимір і вступає у сферу ноотичного, у протистояння тілесним і психічним феноменам. Вона набуває здатності займати певну позицію не тільки відносно світу, а й стосовно себе.

Ключовий досвід, що вплинув на розвиток теорії логотерапії, Франкл пережив у період перебування в концентраційних таборах Дахау та Освеяцім, куди він потрапив у 1942 р. Вжити в подібній ситуації йому допомогла психологічна і духовна позиція. Цей досвід став визначальним для його особистості і подальших професійних поглядів. У результаті Франкл дійшов висновку, що «сенс у житті є не просто життєво важливим, але в надзвичайній ситуації навіть наджиттєво важливим». При цьому сенс існує і функціонує не як абстрактне явище, а як сенс життя конкретної особистості в конкретний момент. Людина може відповідати тільки за своє життя; для цього вона повинна прийняти відповідальність за нього – саме у відповідальності логотерапевтичний метод вбачає найістотніше, що є в людському існуванні. Прагнення до сенсу і відповідальності підкріплюється усвідомленням двох екзистенційних чинників,

властивих людській особистості: її смертності і свободи. Усвідомлення свободи дає змогу здійснювати процеси самотрансценденції, пов'язані зі спробами виходу за межі умовностей існування і за межі власного Я. Страждання, які відчуває людина впродовж життя, пов'язані з неможливістю виходу за межі умовностей існування і подолання власної індивідуальної суб'єктності.

Істотним нововведенням у практику психотерапії і систематику патологічних феноменів, що характеризують психічну динаміку людей ХХ ст., стала концепція ноогенних неврозів – неврозів, спричинених конфліктами між різними цінностями, сенсами, а також їх із етичними нормами людини. Ознаками наявності ноогенного неврозу є страждання, втрата сенсу і життєвих орієнтирів.

Ноогенні неврози є наслідком екзистенційної фрустрації людини – втрати прагнення до сенсу і свідомості життя. На переконання Франкла, їх слід відрізняти від психогенних неврозів, бо вони формуються в ноогенній сфері, де основним носієм сенсів і значень є розум. Пошук сенсу – складне екзистенційне завдання, яке викликає в людини більше напруги, ніж внутрішню рівновагу і спокій. Однак саме така напруга дає відчуття життя і характеризує ступінь психічного здоров'я; вона пов'язана зі співвідношенням того, чого людина вже досягла, і того, що їй ще потрібно здійснити.

Процес пошуку сенсу можуть істотно гальмувати внутрішні обмеження і бар'єри, пов'язані з гіперрефлексією (схильністю до надмірного самоаналізу) та гіперінтенцією (схильністю приділяти надмірну увагу задоволенню бажань). Втрата сенсу і обмеження у власному Я призводять до екзистенційного вакууму пов'язаного з відчуттям нудьги існування і внутрішньої спустошеності. Переживання сучасними людьми екзистенційного вакууму зумовлюють:

1) підвладність несвідомим поведінковим програмам, які спонукають до певних дій, що заповнюють простір життя незалежно від волі і бажань людини; вона стає схильною до гальмування ноогенної активності, тобто до придушення прагнення знайти сенс;

2) усталені суспільні традиції, соціальні конвенції і цінності, які не мотивують людину шукати сенс і не підказують напрям пошуку; часто суспільство зацікавлене в конформності суб'єкта, тоталітарному підпорядкуванні і репресуванні його волі;

3) редукція та звуження перспектив розвитку людини, коли її природу зводять до набору інстинктів, прагнень і біологічних програм, що формують реакції, тим самим програмуючи її на нездатність ухвалювати незалежні, автентичні рішення і робити самостійний вибір.

Незадоволення однієї з базових людських потреб – потреби в сенсі життя – є причиною масової невротичної тріади, депресії, наркоманії та агресії. Ці реакції, зумовлені внутрішньою спустошеністю і безглуздям, можна вважати клінічними ознаками неврозу, що охопив західну цивілізацію.

Логотерапія має на меті допомогти пацієнту у пошуках та усвідомленні прихованого сенсу власного життя шляхом його аналізу. На відміну від психоаналізу, вона не обмежується вивченням несвідомої динаміки і прагнень, а фокусується на духовних реаліях, зокрема потенційних сенсах клієнта і його волі до сенсу. За Франклом, існують такі способи здобуття сенсу:

1) дії, спрямовані зовні, наприклад творча діяльність (цінності творчості);

2) переживання, відчуті людиною (цінності переживань і любові);

3) певна особиста позиція стосовно долі і подій, які людина неспроможна змінити: невиліковна хвороба, невинна втрата, термінальний стан, смерть (цінності відносин).

З огляду на це основне завдання логотерапії полягає у фокусуванні спільної уваги терапевта і клієнта на пошуках і здобутті сенсу. Для цього Франкл розробив основні логотерапевтичні методи: парадоксальну інтенцію і дереклексію. Обидва ґрунтуються на посиленні тенденцій до самотрансценденції і самовідчуження.

Парадоксальна інтенція рекомендована для пацієнтів з obsесивно-компульсивними і фобійними розладами, які супроводяться вираженням почуттям тривоги або нав'язливими страхами. Суть цього методу полягає в тому, що клієнт повинен захотіти здійснення того, чого він боїться (у випадку фобії), або щоб він сам здійснив це (при obsесивних станах). При цьому парадоксальну пропозицію краще сформулювати в гумористичному контексті. І фобії, і obsесивні реакції (нав'язливі переживання) пов'язані з прагненням уникнути страхітливих ситуацій, тобто з гіперінтенцією стосовно їх. Цей прийом дає змогу подолати невротичну гіперінтенцію через її парадоксальне посилення.

Дерефлексія спрямована на подолання невротичної гіперрефлексії. Вимушеність до самоспостереження є однією з причин зменшення спонтанності і природності поведінкових реакцій. Основне завдання дерефлексії – ігнорувати потяг до нав'язливого самоспостереження і контролю. Для подолання страхів, побоювань, нав'язливої рефлексії з приводу можливих невдач (часто це призводить до розладів сексуального функціонування) використовують здібність клієнтів до самовідчуження, яка виражається в гумористичних реакціях на власні страхи і компульсивні (внутрішні) реакції.

Загалом логотерапія побудована на філософсько-психологічному переосмисленні реалій, в яких відбувається формування і становлення сучасної людини. Лише сенс може заповнити пустку, позбавивши людину нудьги і безглуздя власного існування. Завдання терапевта полягає не в наданні клієнту готових пояснень і цілей, а допомогти йому знайти власне» унікальне розуміння сенсу існування.

Питання для самоконтролю

1. Назвіть умови клієнт-центрованого психотерапевтичного процесу.
2. Які психотерапевтичні механізми актуалізуються в клієнтцентрованій психотерапії?
3. Розкрийте суть поняття «повноцінно функціонуюча особистість» у клієнт-центрованій терапії.
4. Розуміння неврозу у логотерапії.
5. За Франклом, які існують такі способи здобуття сенсу?

ЛЕКЦІЯ 7

Когнітивно-поведінкова терапія

Мета: розкрити сутність когнітивно-поведінкового напрямку психотерапевтичної допомоги.

План

1. Історія та сучасність КПТ як доказового методу психотерапії.
2. Мета психотерапії та психологічні інтервенції.
3. Принципи КПТ.
4. Розуміння когніцій та емоцій в КПТ.

1. Історія та сучасність КПТ як доказового методу психотерапії.

Сучасна КПТ – це не монолітна структура, а широкий рух, який постійно розвивається і містить багато різних, часто суперечних підходів і течій. Підхід, якого ми дотримуємось у цій лекції, ґрунтується на моделі Бека, сформульованій у 1960–1970-х роках. Ця модель переважає у Великій Британії останні тридцять років. Однак інші КПТ-теоретики й терапевти можуть не погоджуватись з деякими підходами, викладеними тут. Варто також зазначити, що деякі нові ідеї в КПТ, такі як підходи «третьої хвилі», є захопливими тенденціями, які можуть значно збагатити КПТ, наша мета – представити основи «класичної» КПТ.

Подібно до того, як інформація про минуле клієнта може допомогти нам зрозуміти його теперішній стан, так само і розуміння того, як виникла КПТ, може допомогти нам зрозуміти її сучасну форму. Сучасна КПТ потрапляє під вплив двох основних напрямів: поведінкової терапії, яку розробив Вольпе та інші у 1950–1960-х роках, та під когнітивний підхід у терапії, що розробив Аарон Бек у 1960-х роках, який здобув набагато ширший вплив після «когнітивної революції» 1970-х років.

Поведінкова терапія (ПТ) виникла як реакція проти фройдистської психодинамічної парадигми, що домінувала у психотерапії від ХІХ століття. У 1950-х роках наукова психологія поставила під сумнів фройдистський психоаналіз у зв'язку з браком емпіричних доказів на підтримку теорії чи ефективності цього методу. ПТ перебувала під сильним впливом біхевіористського руху

в академічній психології, який притримувався думки, що те, що відбувається у свідомості людини, не є видимим, а, відтак, не піддається науковому дослідженню. Натомість біхевіористи шукали відтворюваних зв'язків між видимими подіями, особливо між стимулами (обставинами чи подіями в навколишньому середовищі) і реакціями (видимі та вимірювані реакції людей чи тварин, які досліджуються). Теорія наuczіння, основна модель у психології на той час, намагалась знайти загальні принципи, які б пояснювали, як живі істоти засвоюють нові зв'язки між стимулами та реакціями.

У цьому дусі ПТ уникнула дискусій про підсвідомі процеси, приховані мотиви та невидимі структури психіки і замість цього використала принципи теорії наuczіння, щоб змінити небажані поведінкові або емоційні реакції. Наприклад, замість того, щоб досліджувати підсвідомі причини фобії тварин, як це славетно робив Фройд із «Маленьким Гансом» (хлопчик, який боявся коней, Freud, 1909), поведінкові терапевти винайшли техніки, що базуються на теорії наuczіння, які, на їхню думку, повинні були допомогти людям засвоїти нові способи реагування. ПТ вважала, що особа на зразок маленького Ганса утворила зв'язок між стимулом (конем) та реакцією страху; тому завдання терапії полягало в тому, щоб закріпити нову, позбавлену страху реакцію на цей стимул. У результаті методу лікування тривожних розладів, відомого як системна десенсибілізація, клієнтів просять систематично уявляти подразник, який збуджує страх, і водночас виконувати вправи на релаксацію, щоб реакція страху була заміщена реакцією релаксації. З розвитком технік було запропоновано експозицію в уяві (наприклад, образ коня в уяві) змінювати на експозицію у природних умовах (наблизитись до справжнього коня).

ПТ швидко досягнула успіхів, особливо у лікуванні тривожних розладів, таких як фобії та обсесивно-компульсивний розлад (ОКР), з двох основних причин. По перше, відповідно до своїх коренів у науковій психології, ПТ завжди застосовувала емпіричний підхід, що невдовзі дало змогу навести переконливі докази того, що вона була ефективною у боротьбі з проблемами тривоги. А, по друге, ПТ була набагато дешевшим методом, на відміну від традиційної психодинамічної психотерапії, оскільки тривала від 6 до 12 сесій.

Незважаючи на цей ранній успіх, було й незадоволення обмеженням чистого поведінкового підходу. Психічні процеси, такі як думки, переконання, інтерпретації, образи та інше, – настільки

очевидна частина життя, що для психології здавалось абсурдним не надавати їм значення. У 1970-х роках це незадоволення переросло в те, що пізніше назвали «когнітивною революцією», під час якої науковці шукали шляхів, щоб привнести когнітивні явища у психологію і терапію, намагаючись зберегти емпіричний підхід, який дасть змогу уникнути необґрунтованих припущень. Протягом 1950-х і на початку 1960-х років Бек та інші почали розробляти концепцію когнітивної терапії (КТ), їхні ідеї дуже швидко набували щораз більшого впливу. Книги Бека з когнітивної терапії депресії, а також науково-дослідні випробування, які показали, що КТ була настільки ж ефективною у лікуванні депресії, як і антидепресанти, ще більше підтримали когнітивну революцію. Протягом наступних років ПТ та КТ розвивались разом і впливали одна на одну настільки, що внаслідок свого об'єднання тепер широковідомі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

Докази ефективності КПТ

Рот і Фонагі у другому виданні книги «Що кому допомагає?» («What works for whom?») (важлива праця, яка містить підсумки щодо ефективності психотерапії) наводять докази того, що КПТ – це терапія, яка рекомендована з огляду на свою ефективність при більшості психологічних розладів у дорослих, і за даними досліджень, має докази своєї ефективності при найбільшій кількості розладів/проблем (порівняно з іншими методами терапії). На Рисунку 1 підсумовано все сказане вище.

На додаток до цих доказів ефективності КПТ у клінічних дослідженнях (наприклад, що КПТ показала свою ефективність у ретельно контрольованих наукових дослідженнях) є також важливі докази ефективності у звичайній психотерапевтичній практиці (наприклад, що вона ефективна і у звичайній клінічній практиці, поза спеціалізованими дослідницькими центрами).

Другим важливим джерелом доказів є Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності (NICE) Великої Британії, яким керує уряд. Завдання інституту – збирати докази ефективності різних методів лікування та випрацьовувати рекомендації про те, які з них варто застосовувати у Національній службі охорони здоров'я, НСОЗ (NHS). Протягом останніх десяти років NICE розробив рекомендації для кількох основних проблем психічного здоров'я. Отже, КПТ вважають видом психологічної терапії, який має

переконливу, широку доказову базу своєї дієвості й ефективності (табл..2).

Таблиця №2

	Когнітивна/ поведінкова терапія	Інтерпер- сональна терапія	Сімейна терапія	Психодинамічна психотерапія
Депресія	□	□	○	?
Панічний розлад/ агорафобія	□	○	○	○
Генералізований тривожний розлад	□	○	○	○
Специфічні фобії	□	○	○	○
Соціальна фобія	□	○	○	○
Обсесивно- компульсивний розлад	□	○	○	○
Посттравматичний стресовий розлад	□	○	○	?
Анорексія	?	○	?	?
Булімія	□	□	○	○
(Окремі) розлади особистості	□	○	○	□
Шизофренія	?	○	○	○
Біполярний розлад	?	○	○	○
Ключ: □ = Чіткі докази ефективності ? = Часткові докази ефективності ○ = Не підтверджено (NB – важливо: це вказує на відсутність достатніх доказів, що підтверджують ефективність; це не обов'язково означає, що є вагомі докази неефективності)				

2. Мета психотерапії та психологічні інтервенції.

ПТ має багато спільних рис з іншими підходами, але також багато таких, які суттєво відрізняють її від інших. У цьому розділі ми зупинимось на головних рисах методу КПТ.

СПІВПРАЦЯ

КПТ – це проект співпраці між терапевтом та клієнтом. Обоє беруть активну участь у процесі терапії, де кожен має свої сфери компетентності: терапевт – знання про ефективні методи вирішення проблем, клієнт є експертом власного досвіду та наявних проблем. Цей акцент на співпраці може відрізнятися від очікувань клієнта. Щодо терапії, тому важливо з'ясувати, чого очікує клієнт, щоб вже від початку ви мали спільне бачення терапії. Початкове представлення

терапії клієнтові міститиме пояснення про його вирішальну роль у ній. Наприклад, ви можете сказати: Це також не означає, що ви маєте завжди знати відповіді на всі запитання. Якщо ви невпевнені, то завжди можете попросити клієнта уточнити, подати більше інформації чи розказати про своє бачення ситуації.

Пам'ятайте, що КПТ підтримує відкритість та чесність між терапевтом та клієнтом: будьте відкритими в тому, що ви робите і чому, а також просіть клієнта про відвертий зворотний зв'язок стосовно того, що, на його думку, допомагає, а що ні. Співпраця має розвиватися у процесі терапії. Заохочуйте клієнта до того, щоб він поступово займав все активнішу позицію у встановленні порядку денного, розробленні домашнього завдання та зворотному зв'язку. Втілюйте це за допомогою щирого шанобливого ставлення до клієнта, сприяючи розвиткові відчуття того, що він стає сам собі терапевтом. У кінцевому результаті ви сподіваєтесь, що клієнт закінчить терапію як кваліфікований КПТ-практик, тому заохочуйте самостійно застосувати підхід, щоб клієнт був готовий справлятися з можливими рецидивами у майбутньому.

СТРУКТУРА Й АКТИВНЕ ЗАЛУЧЕННЯ

Проблемно-орієнтований і структурований характер КПТ вимагає від терапевта так працювати з клієнтом, щоб зберегти структуру сесій. Наприклад, на початку кожної сесії встановлюється із клієнтом чіткий порядок денний, якого пізніше дотримуємось.

КПТ-терапевти активно взаємодіють із клієнтами і говорять більше, ніж у деяких інших терапевтичних підходах – можливо, приблизно 50 % всього часу на початкових стадіях терапії. Це може обтяжувати терапевтів-початківців. Проте велика частина внеску психолога в терапію полягає у формі запитань, які він ставить, а те, як розвиватиметься сесія, залежить від спільних зусиль. На ранніх етапах терапії зміст сесій більшою мірою визначатиме терапевт, проте з розвитком терапії клієнт повинен перебирати на себе цю відповідальність. Наприклад, на початку терапевт буде пропонувати клієнтові домашні завдання, втім у процесі терапії клієнт відіграватиме все більшу роль у визначенні завдань, які повинен буде виконати до наступних зустрічей.

Наприклад, жінка страждає від obsesій, зосереджених на дотриманні правил, на страсі зробити щось дурне, чим вона може зганьбитися, та намаганні строго дотримуватися усіх офіційних правил. Вона переконана, що завжди потрібно все робити правильно,

і що її відкинуть, якщо вона вийде за межі звичних норм поведінки. Ця жінка відвідала вісім сесій і вже починала брати на себе більшу відповідальність за зміст сесій, коли відбулась така розмова:

Терапевт: Ви кажете, що вам складно буде зробити щось для себе, особливо для власного задоволення. Як ви вважаєте, що можна було б зробити, щоб ми могли дізнатись більше про те, як ви почуваетесь, і які у вас з'являються переконання в таких ситуаціях? (Тобто, терапевт готує ґрунт для експерименту.)

Клієнт: Ну, моя подруга двічі запрошувала мене піти з нею на заняття з ювелірного мистецтва. І я б залюбки з нею пішла, проте в обох випадках я сказала їй, що у мене було багато справ... і так справді було, але навіть якби мені не було взагалі чим зайнятись у той момент, мені б все одно було складно погодитись на цю пропозицію. Тому, я припускаю, що могла б піти з нею і подивитись, що станеться.

Терапевт: Зважаючи на наші цілі, що, на вашу думку, ви могли б взяти до уваги?

Клієнт: Ну, думаю, потрібно було б дізнатись, які у мене виникнуть відчуття і думки у такій ситуації.

Терапевт: Можливо, ще щось?

Клієнт: Думаю, те, як я почувалась би після всього, бо саме в той момент, зазвичай, з'являється почуття провини.

Терапевт: Тоді зупинімось на цьому. Яку форму щоденника ми для цього оберемо?

Межа, до якої клієнт визначає зміст сесій, частково залежить від функціонування його особистості, переконань та поглядів. Більш самостійна особа може переймати на себе контроль вже від перших стадій лікування, тоді як більш залежній особі буде необхідно повільніше перебирати на себе відповідальність.

ВИЗНАЧЕНА В ЧАСІ ТА КОРОТКОТРИВАЛА

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

внесок у досягнення цієї мети. Орієнтири щодо можливої тривалості лікування різних типів проблем (Рис.1).

Вид проблеми	Кількість сесій
Легка	до 6
Від легкої до помірної	6–12
Від помірної до важкої або помірна проблема із супутніми розладами особистості	12–20
Важкі проблеми із супутніми розладами особистості	>20

Рисунок № 1.

Для терапевтів, які звикли до інших терапевтичних підходів, швидкий перехід від дослідження та формулювання, що відбувається за 1–2 сесії, до терапії, тривалістю вісім сесій, може здаватися поспіхом. Проте, що більше ви опановуватимете цей метод, то легше вам буде реалізовувати його у клінічній практиці.

Важливо повідомити вашому клієнтові про орієнтовну тривалість терапії, а також регулярно оцінювати прогрес. Якщо виявиться, що терапія не допомагає, або якщо прогрес – незначний, то легше закінчити цей вид терапії, якщо наперед було обумовлено, що на такій і такій сесії буде оцінено ефективність терапії і відповідно прийнято рішення про подальше її продовження, зміну, припинення. Якщо ж клієнт робить успіхи, але залишкові проблеми все ще є, то варто продовжити лікування, хоча також і подумати про переваги того, щоб дозволити клієнтові спробувати уже самотійно з ними справитися. Найкраще це робити поступово, збільшуючи проміжки часу між сесіями, щоб клієнт перебирав відповідальність за роботу із залишковими проблемами, тоді як у нього й далі буде можливість зустрічатися з терапевтом. У КПТ немає обов'язку дотримуватись 50-хвилинного чи будь-якого іншого стандарту тривалості сесії.

ЕМПІРИЧНИЙ ПІДХІД

У КПТ існує сильний акцент на використанні емпіричних психологічних знань. Наприклад, виявлено, що рання втрата одного з батьків провокує появу депресії у дорослому віці; що люди з

генералізованим тривожним розладом (ГТР) не толерують невизначеності; а також, що у людей із депресією пригнічується здатність пригадувати конкретні події, особливо позитивні, тобто у них «узагальнена» пам'ять. Терапія ґрунтується на цих знаннях. Крім того, від поведінкової терапії КПТ запозичила зобов'язання досліджувати ефективність лікування у кожному індивідуальному випадку.

Як терапевт ви повинні мати інформацію про доказові теорії, втручання з даних досліджень і використовувати їх як керівництво для проведення терапії у кожному окремому випадку. Іноді стверджують, що вибірка пацієнтів у наукових дослідженнях відрізняється від тієї, що є у клінічних умовах, а отже, дані досліджень не достовірні. Однак поки немає переконливих доказів того, що інший підхід ефективніший, то справедливо буде повідомити клієнтові про наявні емпіричні докази КПТ. При цьому теж дуже важливою є клінічна інтуїція терапевта, яка підказує, що може бути дієвим саме для цього клієнта. Втім і ці «інтуїтивні дані» мають бути інтегровані в діагностичне формулювання, яке ґрунтується на доказових моделях психічних розладів. Важливо справді зважати на дані, отримані з ретельних клінічних досліджень. Утім також варто знати, що існують деякі дані досліджень, які виявили, що терапевти іноді схильні дуже швидко відходити від встановлених протоколів лікування, а це негативно впливає на результати терапії, хоча докази цього поки що часткові.

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

- Думки та переконання розглядаються як гіпотези, які необхідно досліджувати. Наприклад, жінці, яка думає, «що я погана мама», було запропоновано розглядати це як один із багатьох можливих поглядів на існуючі проблеми у вихованні дітей, а також шукати доказів на підтвердження кожного з них.

- Можна збирати дані, щоб перевіряти ідеї. Наприклад, чоловікові, який боявся павуків, бо був переконаний, що вони побіжать у його бік, пропонувалося зібрати дані про те, як часто павук, що є на тарілці, побіжить до руки (терапевта!) замість того, щоб бігти у протилежному напрямку.

- У світлі доказів можна формулювати, а потім перевіряти нові переконання. Тут акцентуємо на тому, щоб перевіряти «як є насправді», застосовуючи нові моделі поведінки, новий спосіб

мислення, нові способи взаємодії, а не лише обговорювати нові ідеї, щоб змінити почуття та переконання. Завжди важливо орієнтуватися на клієнта у тому, яким чином будуть корисні нові докази.

Щоб перевірити це, вона вирішила приєднатись до аматорського хору тільки заради задоволення, а також вона почала вивчати французьку мову лише для того, щоб могли «якось порозумітись», а не для того, щоб знати її досконало.

ПІДХІД, ОРІЄНТОВАНИЙ НА ПРОБЛЕМУ

Проблеми ваших клієнтів будуть різними: дисфоричний настрій, труднощі у стосунках, поведінка, яка не приносить користі (як, наприклад, звичка виривати волосся) або професійні труднощі (наприклад, часта втрата роботи). КПТ визначає, які проблеми безпосередньо стосуються клієнта, і зосереджується на їх вирішенні або зменшенні їх впливу на життя особи. Проблеми варто описувати конкретно, а не лише називати діагноз. Наприклад, якщо клієнт страждає від депресії, то вам варто дізнатись, як саме це впливає на нього, а також за якими конкретними аспектами проблеми йому потрібна допомога: для одних це можуть бути самокритичні думки, поганий настрій, соціальна ізоляція, зниження інтересів, тоді як іншим буде потрібна допомога щодо зниженої концентрації уваги, проблем зі сном, плаксивості та дратівливості.

Як тільки ви узгодили з клієнтом, над якими проблемами він хоче працювати, тоді встановлюйте цілі для кожної проблеми, які є основним фокусом лікування. Процес встановлення цілей має зосереджуватись на клієнтові, на його сподіваннях після закінчення терапії, а також на тому, яким чином він хоче відрізнитись від себе «теперішнього».

Добираючи стратегії щодо допомоги клієнтові, також використовуйте й інші стратегії. Наприклад, такі втручання, як навчання навичкам (асертивність, тайм-менеджмент і т. д.) чи робота з втратою, чи подружня терапія також можуть бути корисними. Незалежно від того, які втручання ви добираєте, їх потрібно оцінити та вибрати ті, що зроблять терапію найефективнішою.

КЕРОВАНЕ ВІДКРИТТЯ

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

бачення речей та перевірити корисність нових перспектив сприйняття.

РОБОТА IN VIVO (У «РЕАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ»)

Часто КПТ-терапевти «переносять» терапію з офісу в реальний світ, щоб провести обстеження або поведінковий експеримент. Така робота в реальному середовищі може бути безцінною. Наприклад, клієнт, який довгий час страждає від obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) може вже не усвідомлювати деталей своїх поведінкових ритуалів, а ви можете недооцінювати його проблеми доти, доки безпосередньо за ним не поспостерігаєте в реальній ситуації його повсякденного життя. Крім того, важливо перевіряти, чи зміни переконань у клінічних умовах перейшли в реальні обставини життя. Допомогою в цьому можуть бути експерименти *in vivo*, часто, у супроводі терапевта.

Чоловік із тривогою за здоров'я був переконаний, що якщо він почне задихатись, то може зомліти і померти; тому прагнув постійно бути неподалік медичного закладу. У клінічних умовах під час терапії він поставив під сумнів своє переконання. За згодою клієнта терапевт відвіз його у сільську місцевість, де жоден із них не знав про місцезнаходження медичного закладу, і вони бігали разом туди-сюди дорогою доти, доки у клієнта не з'явилась задишка (цих дій клієнт постійно уникав), щоб таким чином перевірити його нове переконання, що він не зомліє.

Якщо клієнт повинен перевірити новий, але складний для нього спосіб поведінки, то ви можете допомогти йому в цьому, коли будете поруч, заохочуючи та підтримуючи його. За деяких обставин може бути корисним моделювання поведінки терапевтом, хоча ви повинні передати ініціативу клієнтові якомога швидше, та дозволити продовжувати експеримент самостійно.

Дуже часто для роботи *in vivo* можна залучити родичів або друзів, але такі дії потрібно ретельно планувати з урахуванням деталей, а також, можливо, доведеться скоригувати негативні/проблемні думки/переконання осіб, яких плануєте залучити. Наприклад, чоловік або дружина може бути переконаний, що експозиція близької їм особи до симптомів панічної атаки може бути загрозовою; таке переконання буде контрпродуктивним для поведінкового експерименту, який націлений на дослідження наслідків панічної атаки.

ПОВЕДІНКОВІ МЕТОДИ

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

ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ ТА ЗВОРОТНИЙ ЗВ’ЯЗОК

У КПТ часто використовують підбиття підсумків та зворотний зв’язок на сесіях, що є одним із способів утримання фокусу уваги на важливих питаннях порядку денного. Ви можете робити паузи, щоб узагальнити основні пункти обговорюваного, приблизно кожні 10 хвилин, або частіше, якщо це початкові стадії терапії. Підсумки повинні включати емоції, що описав клієнт, та значення, яке він надає подіям. Це не повинно бути інтерпретацією того, що сказав клієнт. Насправді ж краще використовувати слова клієнта, замість того, щоб замінювати їх власними, які можуть суттєво змінити значення для клієнта, особливо, якщо він використав метафору або ідіосинкратичну фразу. Також корисно попросити вашого клієнта підсумувати обговорення, наприклад:

«Чи ви можете дати мені зворотний зв’язок, якими, на вашу думку, є основні моменти нашої розмови дотепер? Я лиш хочу перевірити, чи «йду в ногу з вами».

Такі підсумки допомагають забезпечити спільне розуміння ключових моментів. А іноді вражаючим може бути відкриття того, наскільки неправильно клієнт або терапевт зрозуміли один одного. Також корисно попросити вашого клієнта підсумувати обговорення, наприклад:

«Чи ви можете дати мені зворотний зв’язок, якими, на вашу думку, є основні моменти нашої розмови дотепер? Я лиш хочу перевірити, чи «йду в ногу з вами».

Такі підсумки допомагають забезпечити спільне розуміння ключових моментів. А іноді вражаючим може бути відкриття того, наскільки неправильно клієнт або терапевт зрозуміли один одного.

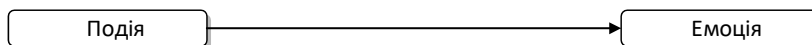
3. Принципи КПТ.

Отже, з яких елементів ПТ та КТ утворилась основа сучасної КПТ? Тут ми пропонуємо основні принципи та теоретичні концепції, на яких ґрунтується модель КПТ, щоб ви могли зробити власні висновки про те, чи вони логічні, або чи є принаймні достатньо прийнятними для того, щоб дати шанс КПТ продемонструвати себе. Нижче наведені фундаментальні, переконання про людей, їхні проблеми й терапію, які відіграють головну роль у КПТ. Ми не стверджуємо, що ці переконання унікальні для КПТ – багато з них є і в інших підходах, але поєднання цих принципів характеризує КПТ.

Когнітивний принцип

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

Модель «здорового глузду»



Когнітивна модель

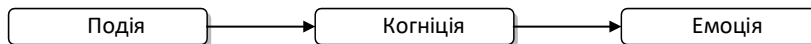


Рисунок № 2

Напевно, простіше буде розпочати з «некогнітивної» точки зору. У звичайному житті якщо ми запитуємо людей, що їх засмутило (ощасливило, роздратувало і т. д.), вони часто перелічують події чи ситуації, наприклад: «Я страшенно засмучений тому, бо щойно посварився зі своєю дівчиною». Однак не все так просто. Якщо б якась подія автоматично викликала певну емоцію, то в результаті у будь-кого, хто опиняється у цій же ситуації, повинна виникати така ж емоція. Проте в дійсності ми бачимо інше: люди по-різному реагують на подібні ситуації. Навіть винятково драматичні життєві події (наприклад, переживання важкої втрати чи невиліковної хвороби) викликають у різних людей різний емоційний стан: деяких такі події повністю пригнічують, вибивають з колії, тоді як інші люди можуть

дати собі раду з цією ситуацією. Отже, не лише подія визначає емоційну реакцію, має бути ще щось. КПТ стверджує, що цим «ще щось» є когніція, тобто те, як людина інтерпретує подію. Якщо двоє людей по-різному реагують на подію, то це тому, що вони сприймають ситуацію по-іншому; або коли, наприклад, хтось реагує на подію в незвичний спосіб, то це тому, що ця особа має незвичні думки чи переконання про подію, тобто подія має ідіосинкратичне (характерне для цієї особи) значення.

Розгляньмо простий приклад цього процесу. Припустімо, що ви йдете вулицею і бачите свою знайому, яка проходить повз, але не звертає на вас уваги, не помічає вас. Нижче наведено кілька можливих думок про цю подію, а також деякі можливі емоційні реакції, що виникають внаслідок інтерпретацій:

- »Я не знаю як розпочати з нею розмову, вона подумає, що я дурний і нудний» (призводить до тривоги).

- »Зі мною ніхто ніколи не захоче розмовляти, здається, я нікому не подобаюсь» (пригнічений настрій).

- »Вона якась нервова і самозакохана, я не зробив нічого поганого» (злість).

- »У неї напевно похмілля після вчорашньої вечірки!» (здивування).

Це демонстрація фундаментального когнітивного принципу: різні когніції викликають різні емоції. Це також показує зв'язок між певними видами когніцій та відповідними емоційними станами: наприклад, думки про інших людей, що вони несправедливі, або що вони порушують правила, найчастіше пов'язані з гнівом. Далі ми більше розкажемо про це.

Звісно ж, ідея про те, що важливим є значення, якого ми надаємо подіям, не нова. Понад 1800 років тому давньогрецький філософ-стоїк Епіктет говорив: «Люди реагують не на події як такі, а на ті значення, які вони надають цим подіям». Проте, як ви самі побачите далі у книзі, розроблення цієї простої ідеї привело до розвитку ефективного методу допомоги людям, які переживають різні складні психологічні труднощі. Допмагаючи людям змінити свої когніції, ми можемо допомогти їм по-іншому відчувати себе.

Поведінковий принцип

Частина, яку КПТ успадкувала від ПТ, складається з уявлень про те, що поведінка (те, що ми робимо) відіграє ключову роль у підтримці або у зміні психологічних станів. Розгляньмо наведений

вище приклад ще раз. Якщо з чотирьох окреслених у вас перша або друга когніція, то ваша подальша поведінка може вплинути на те, чи тривога або депресія триватимуть далі. Наприклад, якщо б ви звернулися до своєї знайомої і поцікавилися, чому вона не заговорила, то б виявили, що вона насправді ставиться до вас дуже приязно, а була просто задумана, коли проходила повз. Як результат, у майбутньому ви могли б у схожих ситуаціях бути менш схильними до негативного мислення. З іншого боку, якщо б ви зробили вигляд, що її не бачите, то не мали б змоги переконатися, що ваші думки були неправильними, а це б підтримувало існування ваших негативних думок та пов'язаних із ними емоцій. Отже, КПТ вважає, що поведінка може суттєво впливати на думки й емоції, а також те, що змінюючи ваші дії, ви зможете змінити думки й емоції.

Принцип континууму

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

Принцип «тут і тепер»

Традиційна психодинамічна психотерапія притримувалась думки, що симптоми проблеми (наприклад, тривога в людини, яка має фобію) є поверхневим процесом, і що для успішного лікування ми повинні розкрити причини такої поведінки з ранніх етапів розвитку, приховані мотиви та підсвідомі конфлікти цієї проблеми. ПТ вважала, що основою лікування повинні бути саме симптоми, і що особа може успішно подолати тривогу (чи будь-яку іншу проблему), якщо розгляне процеси, які підтримують цю проблему, і змінить їх. Психоаналіз критикував цей підхід і стверджував, що лікування симптомів замість причин проблеми може призвести до заміщення симптомів, тобто нерозв'язані підсвідомі конфлікти можуть призвести до появи нових симптомів у клієнта. Проте дослідження ПТ свідчать, що такий результат хоч і можливий, але насправді

виникав рідко: дуже часто безпосередня робота із симптомами поліпшувала загальний стан.

Сучасна КПТ перейняла цей підхід від ПТ. Тому терапія зосереджується переважно на тому, що відбувається в конкретний момент; нас найбільше цікавитимуть процеси, які підтримують проблему тепер, а не ті, які могли призвести до її виникнення багато років тому.

Принцип інтерактивної системи

Суть цього принципу в тому, що проблеми людини потрібно розглядати як взаємодію між різними «системами» всередині людини та взаємодію з навколишнім середовищем. Це ще один спадок від ПТ. Сучасна КПТ зазвичай виокремлює чотири системи:

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

Ці системи взаємодіють між собою, впливаючи одна на одну, а також взаємодіють з навколишнім середовищем. Термін «навколишнє середовище» тут вживається у найширшому значенні, включаючи не лише видиме фізичне середовище, а й соціальне, сімейне, культурне та економічне середовище. На Рисунку 3 зображено цю взаємодію. Таку модель іноді називають «пасхальною булочкою» через її схожість із традиційним узором пасхальної випічки у Великій Британії.

Такий аналіз допомагає нам докладніше зобразити проблеми, зосередитися на їхніх конкретних аспектах, а також розглянути випадки, коли одна або кілька систем не корелюють з іншими. Наприклад, словом «мужність» можна описати стан, коли поведінка людини не корелює з її емоційним станом: хоча людина відчуває страх, проте її поведінка не демонструє цього.

Емпіричний принцип

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

Підсумок головних принципів КПТ

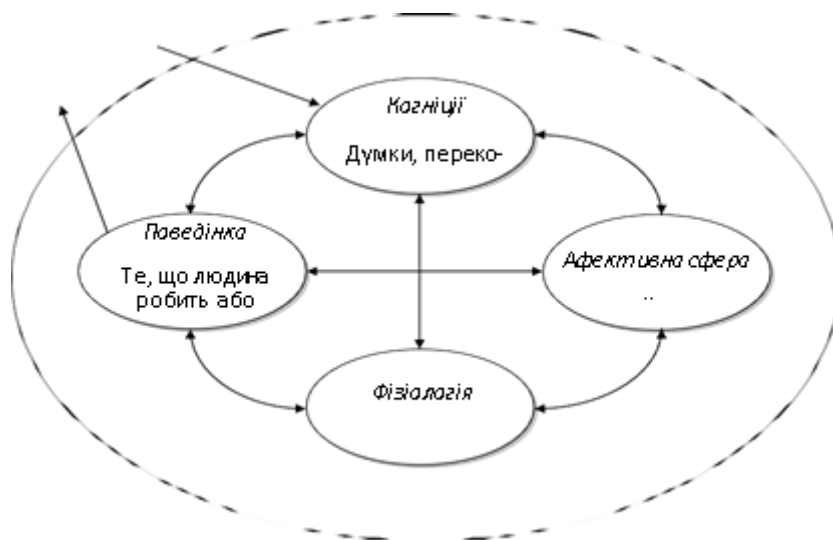


Рисунок № 3.

Нижче подано основні принципи КПТ:

- Когнітивний принцип: вирішальне значення має інтерпретація події, а не лише сама подія.
- Поведінковий принцип: те, що ми робимо, має значний вплив на наші думки та емоції.
- Принцип континууму: проблеми психічного здоров'я найкраще розглядати як крайній ступінь вираження нормальних процесів.
- Принцип «тут і тепер»: зазвичай результативніше зосередити увагу на поточних процесах, аніж на минулому.
- Принцип інтерактивної системи: корисно розглядати проблеми як взаємодію між думками, емоціями, поведінкою, фізіологією та навколишнім середовищем, в якому функціонує людина.
- Емпіричний принцип: важливо емпірично оцінювати і теорії, і методи лікування.

Тепер перейдемо до визначення фундаментальних когнітивних принципів.

4. Розуміння когніцій та емоцій в КПТ.

РІВНІ КОГНІЦІЙ

Досі ми говорили про «когніцію» як про одиничну концепцію. Насправді ж КПТ виокремлює декілька видів або «рівнів» когніцій. Наступний перелік рівнів когніцій ґрунтується на тому, що визнано ефективним із клінічної точки зору; в наступних розділах ми коротко розглянемо наукові докази деяких з цих ідей. Зверніть увагу на те, що різні КПТ-терапевти можуть класифікувати когніції по-різному, і хоча запропонована класифікація широко застосовується, проте вона не єдина.

Негативні автоматичні думки (НАДи)

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

Згадайте останній випадок, коли у вас погіршився настрій: ви відчували тривогу, роздратування або будь-які інші емоції. Поверніться до цієї ситуації і згадайте, що промайнуло тоді у вашій голові. Більшість людей може легко виявляти НАДи. Наприклад, якщо ви відчували тривогу, то у вас могли бути думки про загрозу того, що з вами або з близькими вам людьми може статись щось погане; якщо ви були роздратовані, то у вас могли виникати думки, що інші люди поведуться не справедливо чи не дотримуються правил, які, на вашу думку, важливі; якщо ви відчували розчарування чи зневіру, то могли виникати думки про втрату або поразку, чи негативне бачення себе.

Вважають, що НАДи безпосередньо впливають на настрій, а отже, робота з ними – дуже важливий елемент будь-якої КПТ-терапії. НАДи мають декілька загальних характеристик:

- Вони мимовільні. Як випливає із самої назви, не потрібно намагатися «думати» НАДи, вони виникають самі собою, автоматично і без жодних зусиль (однак, можливо, доведеться докласти зусиль, щоб помітити їх).

- Це специфічні думки про конкретні події або ситуації. Вони можуть мати стереотипний, повторюваний характер, особливо при хронічних проблемах, і вони також можуть бути різними залежно від обставин, у яких виникають.

- Вони є або можуть легко стати усвідомлюваними. Більшість людей або усвідомлює наявність такого типу думок, або може легко навчитися усвідомлювати їх за допомогою практики моніторингу.

- Вони можуть бути настільки короткими й частими, і настільки звичними, що їх навіть не «чуєш». Вони стають частиною нашого «внутрішнього простору», ми не помічаємо їх (як, наприклад, не помічаємо власного дихання) аж до моменту, коли зосереджуємось на них спеціально.

- Дуже часто такі думки сприймаються як очевидна правда, особливо тоді, коли є сильні емоції. Більшість часу ми не ставимо під сумнів таких думок, а просто «ковтаємо їх», сприймаємо «на віру».

Якщо я думаю, що «я нікчемний», коли відчуваю, що все набридло, що мені нічого не вдається, то це сприймається як констатація факту. Один із найважливіших кроків у терапії – це допомогти клієнтам перестати «ковтати» НАДи, щоб так вони навчилися зробити крок назад і перевірили точність, правдивість своїх думок. Один із поширених девізів КПТ звучить так: «Думки – це думки, а не факти», відповідно думки можуть бути, а можуть і не бути точними, правдивими.

- Хоча ми часто говоримо про НАДи як про вербальні конструкції, як наприклад: «Я ні на що не здатний», важливо також знати, що вони можуть виникати і у вигляді образів. Наприклад, при соціальній фобії замість словесної думки: «Інші люди думають, що я дивак», в особи може виникати образ, в якому вона бачить себе з почервонілим обличчям, спітнілою, не такою як усі.

- Через безпосередній вплив НАДів на емоційний стан людини та через їхню доступність, з ними, зазвичай, працюють на ранніх етапах терапії.

Глибинні переконання

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

- Більшість часу вони не є безпосередньо доступні для свідомості. Висновки про них можна зробити зі спостережень за характерними думками особи та за її поведінкою у різних ситуаціях.

- Вони виявляються у вигляді загальних та остаточних тверджень (наприклад, «Я поганий» або «Нікому не можна довіряти»). На відміну від НАДів, вони не змінюються з часом чи залежно від ситуацій, і особа розглядає їх як фундаментальну правду, яка застосовується до всіх ситуацій.

- Зазвичай, особа засвоює їх у ранньому дитинстві внаслідок набутого досвіду, проте вони можуть розвиватись або змінюватись з часом, наприклад, під впливом психотравмуючих подій.

- З ними переважно не працюють у короткостроковій терапії, спрямованій на фокальні проблеми, такі як тривожні розлади чи депресія (хоча глибинні переконання і можуть змінитися під час роботи з цими проблемами на рівні НАДів). Безпосередня робота з

глибинними переконаннями може бути важливішою при лікуванні хронічних проблем, таких як, наприклад, розлади особистості.

Дисфункційні припущення

Дисфункційні припущення (ДП) можна вважати своєрідним мостом між глибинними переконаннями та НАДами. Вони є ґрунтом, з якого проростають НАДи. ДП можна розглядати як «правила життя», конкретніші у своєму застосуванні, ніж глибинні переконання, але загальніші, ніж НАДи. Часто вони представлені як твердження: «Якщо..., то...», «потрібно» або «повинен». Вони часто є способом пристосування до життя з негативними глибинними переконаннями. Наприклад, якщо я переконаний, що абсолютно не вартий любові, то в мене може розвинутихся припущення, що «Якщо я завжди намагатимусь догодити іншим людям, то вони будуть мене терпіти, а якщо я почну відстоювати свої потреби, вони відкинуть мене», або «Я завжди повинен спочатку турбуватися про потреби інших, бо інакше вони відкинуть мене». Таке ДП пропонує мені схему життя, яка допоможе подолати деякі наслідки глибинних переконань, але ненадовго. Ця «поміч» зазвичай «ненадійна»: бо якщо мені не вдасться комусь догодити, тоді я – в біді. Порушення одного з ДП, зазвичай, викликає появу НАДів та сильних емоцій. Ось характерні ознаки ДП:

- Як і глибинні переконання, вони не настільки очевидні, як НАДи, а також їх не так легко вербалізувати. Часто їх можна виявити через спостереження за діями особи, або з її типових НАДів.

- Часто це твердження: «Якщо..., то...» або «потрібно/повинен... інакше...».

- Деякі з них можуть підкріплюватись культурним середовищем: наприклад, переконання про те, що потреби інших важливіші від моїх, або що успіх надзвичайно важливий, можуть схвалити деякі культурні середовища.

- Такі припущення дисфункційні через те, що вони занадто ригідні та надмірно узагальнені, а тому утруднюють особі можливість справлятися з неминучими життєвими труднощами та невдачами.

- Зазвичай із ними починають працювати на дещо пізніших етапах терапії, після того, як клієнт певною мірою навчився працювати з НАДами. Вважають, що модифікація ДП може допомогти клієнтові стати стійкішим до можливих рецидивів розладу в майбутньому.

Рисунок 4 ілюструє рівні когніцій на прикладі одного конкретного переконання, а також показує, як змінюються деякі виміри, за якими розрізняють ці рівні когніцій. Можна припустити, що глибинні переконання є стрижнем проблеми і її першопричиною, а тому з ними потрібно працювати безпосередньо, щоб терапія була ефективною.

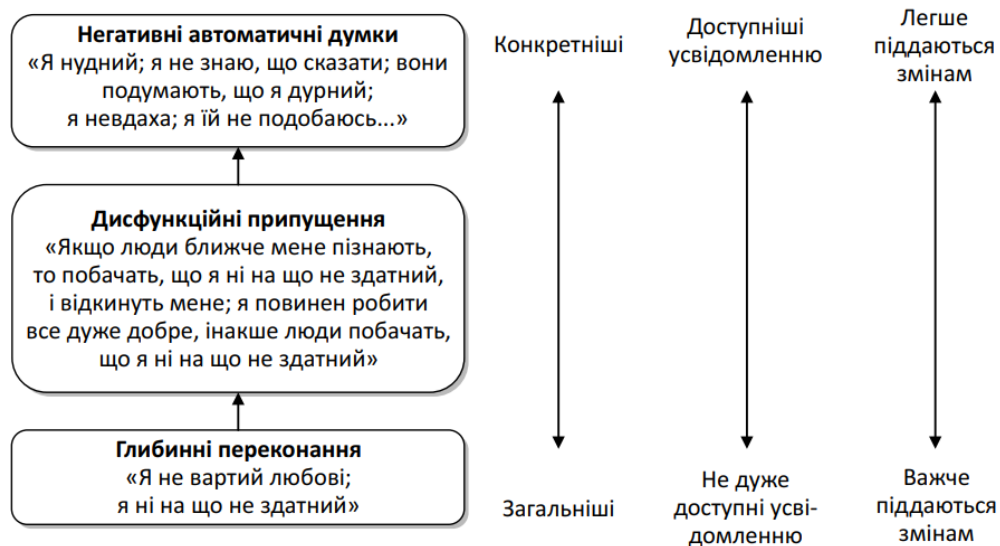


Рисунок № 4.

Втім це припущення варто дослідити. Глибинні переконання, звісно ж, є загальніші, ніж НАДи, проте це не означає, що робота з ними обов'язково важливіша для ефективності терапії. Наукові дослідження ефективності КПТ у моделі роботи власне з НАДами свідчать, що така модель терапії ефективна, і ефект її довготривалий. Причиною цього, ймовірно, є те, що людям, які мають поширені проблеми психічного здоров'я, такі як тривога чи депресія, притаманна низка глибинних переконань, і не лише негативних/дисфункційних, а й позитивних/адаптивних. У процесі терапії клієнти можуть знову почати користуватися позитивними переконаннями. Хоча ще немає достатньо наукових досліджень щодо цього, проте робота із глибинними переконаннями може бути важливішою для досягнення ефекту в лікуванні проблем, які є у клієнта впродовж його життя, таких як розлади особистості, коли людина практично ніколи не мала жодних позитивних переконань.

ХАРАКТЕРНІ КОГНІЦІЇ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПРОБЛЕМ

Ми вже зазначали, що сучасні теорії КПТ розглядають характерні форми когніцій відповідно до конкретних видів проблем. Ці характерні патерни охоплюють і зміст, і процес когніцій. Наприклад, при депресії людям притаманний певний зміст думок: негативні думки про себе або про інших. Люди з депресією, ймовірно, також схильні до певних характерних загальних упереджень у способі свого мислення, як наприклад, схильність сприймати та пам'ятати негативні події більше, ніж позитивні; схильність бачити свою провину в усьому, що йде не так; схильність до надмірного негативного узагальнення, тобто робити негативні загальні висновки на основі однієї негативної події. Тут ми коротко розглянемо деякі приклади (див. також розділи, що стосуються конкретних проблем).

Депресія

Як вперше описав Бек, когніції при депресії характеризуються так званою негативною когнітивною тріадою, а саме негативні думки про себе, світ загалом і про майбутнє. Іншими словами, типове депресивне мислення людини виглядає так: я поганий (ні на що не здатний, не вартий любові, некомпетентний, непотрібний, я невдаха і т. д.); світ поганий (немає нічого доброго, життя – це просто серія випробувань); майбутнє також погане (не лише я і світ навколо мене погані, але все завжди буде так, як є, і мої зусилля нічого не змінять).

Тривожні розлади

За тривожних розладів особа схильна до перебільшення загрози, наприклад, прогнозування високого ризику небажаних результатів. Точний характер конкретної загрози, а отже, і зміст когніції залежить від конкретного розладу. Наприклад:

- В осіб із панічним розладом наявна викривлена катастрофічна інтерпретація симптомів тривоги. Особа пояснює їх як ознаку неминучої катастрофи, наприклад, що вона помре або збожеволіє.

- За «тривоги про здоров'я» наявна подібна помилкова інтерпретація нешкідливих тілесних симптомів як ознак небезпечної хвороби, наприклад, у мене є хвороба, від якої я обов'язково помру.

- За соціальної тривоги особа думає, що інші негативно її оцінюють, наприклад: «Вони подумують, що я дурний (нудний, дивакуватий і т. д.)».

- При obsесивно-компульсивному розладі особа думає, що вона відповідальна за те, щоб запобігти якомусь лихові чи шкоді, які можуть статися з нею або з близькими їй людьми.

Злість

У момент злості переважають думки про те, що інші поведуться нечесно, порушують очевидні правила або мають ворожі наміри: «Вони не повинні цього робити, це не справедливо, вони намагаються мене принизити».

ЗАГАЛЬНА КПТ-МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ ПРОБЛЕМИ

Тепер ми повинні узагальнити представлені вище ідеї, щоб утворити повну картину того, як КПТ бачить розвиток проблем (див. Рисунок 5).

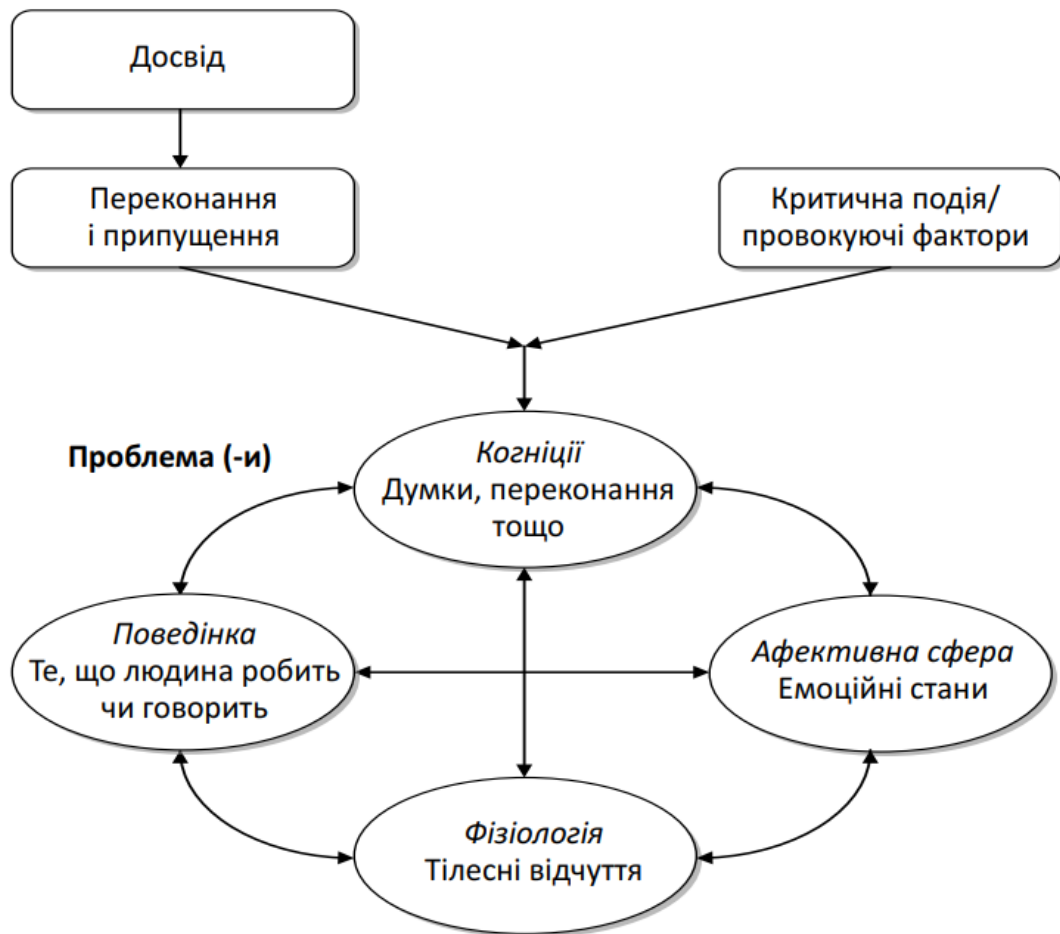


Рисунок № 5.

КПТ припускає, що на основі набутого досвіду (найчастіше у дитинстві, але іноді пізніше) у нас формуються глибинні переконання та припущення, більш чи менш функціональні, які допомагають нам розуміти наш світ та жити в ньому. Більшості з нас притаманні різноманітні функціональні та дисфункційні переконання, при цьому більшість часу функціональні допомагають нам досить добре давати собі раду із життєвими проблемами. Навіть дисфункціональні переконання можуть не спричиняти жодних особливих проблем

багато років. Однак, якщо ми зіштовхуємось з подією або низкою подій («критичною подією»), які «активують» глибинні переконання чи дисфункційні припущення, а наші позитивні переконання не зможуть врегулювати цієї ситуації, тоді дисфункціональні припущення стають активнішими, з'являються негативні думки, що призводить до появи негативного емоційного стану, такого як тривожний розлад чи депресія. Взаємодія негативних думок, емоцій та фізіологічних змін може утворити тривалі дисфункційні патерни, які замикають нас у «зачаровані» кола, що «підтримують» проблему.

Питання для самоконтролю

Написати есе або підготувати усну доповідь за темами.

1. Який зв'язок між когніціями і емоціями?
2. Які чинники підсилюють когнітивну вразливість?
3. Визначте характер стосунків терапевт-клієнт у когнітивній терапії.
4. З якою метою застосовують поведінкові методи в когнітивній терапії?

ЛЕКЦІЯ 8

Поняття про психотравму. Психотерапія стресових розладів

Мета: розглянути основні теорії стресу, ознайомитися психологічними та фізіологічними реакціями на стрес, ознайомитися з основними гострими стресовими реакціями, закріплення основних стратегій надання першої психологічної допомоги, розглянути структуру психотерапії стресових розладів.

План

1. Типи психотравмівних ситуацій.
2. Принципи та методи екстреної психологічної допомоги.
3. Травмафокус – нейропсихотерапевтичний метод опрацювання психотравми.

1. Типи психотравмівних ситуацій.

Питання психотравми як відносно самостійного психічного і у різних джерелах по-різному тлумачиться поняття «психотравма». Виділяють «психічну» і «психологічну» травми. За умови психічної травми спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки. А якщо це травма психологічна, то таких порушень не буде, проте суттєво зміняться базові переконання і цінності людини.

У випадку психічної травми події загрожують життю людини, а у випадку психологічної – події є загрозливими для особистості (чи такі, що інтерпретуються як загрозливі): втрата домівки, роботи, місця проживання, свободи (наприклад, у випадку ув'язнення); подружня зрада, приниження людської гідності (цькування в школі чи психологічне насильства в сім'ї) тощо. Такі події змінюють усталений спосіб життя та особистісну цілісність людини.

Результатом пережитого може бути дистрес (виснаження), криза або важкий емоційний стрес. За цих умов зміни психічного стану суттєво відрізняються від змін у випадку психічної травми.

Часто визначення терміна «психотравма» (як синонім у літературі вживається ще й термін «травмівний стрес») схожі на визначення стресу (подія, що несе додаткове навантаження на людину):

а) психотравма – незвичайна подія, яка здатна спричинити важкий психологічний стрес, що супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності;

б) психотравма – це зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно й патогенно, викликають переживання і страждання.

Незважаючи на подібність визначень переживання стресу і психотравми відрізняються. Згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає порушення у психічній сфері людини аналогічне з порушеннями в соматичних процесах. Стресором у таких випадках стає травмівна подія.

Травмівна подія характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю, часто пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, несе людині абсолютно нову інформацію, яку необхідно інтегрувати в попередній життєвий досвід.

Отже, у випадку травмівних подій людина «зустрічається з фізичною смертю», такі події можуть загрожувати життю чи фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до психічної травми. Ця особливість відображена у п'ятому виданні (DSM-5; Американська психіатрична асоціація [АРА], 2013), де психотравма визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів: (1) безпосереднє переживання травмівної події (-ій); (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; (3) знання того, що травмівна подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другу, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою; (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (-ій), наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки. (Експозиція – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання). Дослідники розглядають психотравму і як стан, і як ситуацію чи подію (психотравмівна ситуація чи психотравмівна подія).

Психотравма (як стан) – переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності й втрати контролю, когнітивними змінами і змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади. На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються ефект знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку – блокується міжпівкульна синаптична передача. Інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають насамперед мозкові зони, пов'язані з контролем агресивності та циклом сну.

І в зарубіжній, і у вітчизняній літературі більше зосереджуються на вивченні психотравми як стану, спричиненого травмівною подією/ситуацією. У цьому розділі ми коротко розглянемо характеристики психотравми як ситуації/ події і визначимо типологію травмівних подій.

Одне з визначень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – стійка реакція на травмівну подію. Проте в МКХ-10 першим критерієм для постановки діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» є перебування в травмівній ситуації: «Короткочасне або тривале перебування особи в надзвичайно загрозливій або катастрофічній ситуації, що здатна викликати відчуття глибокого розпачу».

У найширшому значенні психотравма – це реакція особистості на психотравмівні події, такі як війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насильства, важкі захворювання, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо. Психотравма (як ситуація/подія) – це будь-яка особисто значуща ситуація/подія, що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у випадку недостатності захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади.

ТИПИ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ

Відмінність між поняттями «подія» і «ситуація» полягає в тому, що коли йдеться про ситуацію, то розглядають взаємовплив особистості й середовища, і провідна роль тут відводиться суб'єктивним чинникам: переживанню і розумінню ситуації

людиною, ставлення до неї, а в події зауважують насамперед зовнішні чинники.

Подія: ☐

- те, що відбувалося або відбулося, сталося;
- явище, факт суспільного або особистого життя;
- сукупність пов'язаних між собою явищ, фактів суспільного життя (зазвичай, важливих, значних), які є ніби єдиним цілим;
- те, що порушує усталений, звичний хід життя;
- щось важливе, видатне;
- що-небудь непередбачене, несподіване; пригода.

Найважливіші характеристики травмивної події: несподівана, неочікувана, приголомшлива. Така подія виходить за межі звичайного досвіду людини. Це може бути аварія, пожежа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини тощо. Зазвичай, таку травмивну подію називають монотравмою на відміну від мультитравми, коли одночасно людина піддається впливу кількох травмивних подій (наприклад, у зоні воєнного конфлікту – отримана контузія від вибуху, і від цього ж вибуху загинув товариш). Близькими до поняття мультитравма є поняття політравма (множинна, поєднана, комбінована травма). Ці визначення – «монотравма», «мультитравма», «політравма» – запозичені з медичної термінології. Політравми особливо важкі, супроводжуються суттєвим розладом життєво важливих функцій організму, труднощами діагностики, складністю лікування, високим відсотком інвалідності, високим рівнем смертності.

До комбінованих травм (політравм) призводять різні травмувальні чинники, що діють не обов'язково одночасно. Деякі характеристики множинних травм, прийняті в медицині, можна застосувати і для опису наслідків комбінованих психотравм та мультитравм.

Політравми характеризуються такими особливостями:

- синдромом взаємного обтяження – реакцією на множинну травму часто буває шоківий стан, важче переживаються травмивні ситуації, гірший прогноз;
- поєднання травм утруднює терапевтичний процес;
- частіше розвиваються супутні розлади та важкі ускладнення;
- спостерігається нечіткість симптоматики, що спричиняє діагностичні помилки.

Отже, наслідки політравми/мультитравми (кількох травмівних подій, що діють одночасно або через короткий час) завжди будуть важчі, ніж наслідки монотравми (однієї травмівної події).

Інше смислове навантаження (порівняно з визначенням «політравма») закладено в понятті «повторювана травма» – ситуація пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо. Це поняття характеризує травмівну життєву ситуацію, в якій часто повторюються схожі події. Працюючи з наслідками повторюваної травми, вибирають найбільш інтенсивні, останні (чи перші) за часом або найбільш значущі для постраждалої людини. А якщо це політравмівна ситуація, то травмівні події – різні, і працювати потрібно з кожною.

2. Принципи та методи надання невідкладної психологічної допомоги

Люди з хронічним стресовим розладом, посттравматичними розладами часто потребують невідкладної (першої, екстреної) психологічної допомоги для стабілізації психічного стану. Терміни «перша психологічна допомога», «екстрена психологічна допомога», кризова інтервенція (чи втручання в кризу) близькі між собою. Але в літературі й у повсякденній практиці склалися певні традиції щодо їхнього застосування.

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

За визначенням ВООЗ, **перша психологічна допомога** – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги людям, які страждають або відчують потребу в чомусь..

Особливо такої допомоги потребують люди, що перебувають у кризовому стані, або ті, хто тільки-но пережив чи переживає травмівну подію. В Україні поняття «перша психологічна допомога» частіше використовують, щоб описати заходи, що їх надають фахівці або ті, хто пройшли спеціальну підготовку, або люди, які виявилися поруч із тим, хто тільки-но пережив травмівну подію, у момент прояву у постраждалого гострого стану.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, надаючи першу психологічну допомогу необхідно дотримуватися таких основних принципів:

1. Захищати безпеку, гідність і права людини.
2. Адаптувати свої дії з урахуванням культурних традицій потерпілих.
3. Бути в курсі інших заходів, що проводяться в екстремальній (чи надзвичайній) ситуації.

4. Берегти себе.

Для першої психологічної допомоги характерні:

- короткотривалість;
- невідкладність;
- надання підтримки безпосередньо на місці виникнення гострого стану (або в безпосередній близькості від нього);
- передбачуваність результатів допомоги;
- заходи спрямовані на досягнення конкретних результатів

(захист від подальшого травмування, стабілізація психічного стану потерпілого, оцінка його нагальних потреб та проблем, практичне задоволення базових потреб (вода, їжа, сон), інформування щодо ситуації та стратегій поліпшення функціонування, допомога у встановленні зв'язку з близькими, членами родини чи спільнотами, що можуть надати підтримку, надання інформації щодо відповідних служб, які можуть бути корисними потерпілому тепер чи в майбутньому).

Методи психологічної допомоги залежать від особливостей ситуації (воєнний чи побутовий конфлікт, ДТП, природна чи техногенна катастрофа, втрата близької людини тощо) від стану постраждалого та від підготовки того, хто допомагає.

Людям, які страждають від гострих проявів посттравматичних стресових розладів, важливо навчитися самостійно стабілізувати гострий стан, їхні близькі також мають уміти надавати психологічну підтримку і невідкладну психологічну допомогу. (Невідкладна психологічна допомога, що надається не фахівцями, орієнтована на зменшення симптоматики, а не на лікування розладів).

Багато методів надання першої допомоги в екстремальних ситуаціях можна застосувати і для невідкладної допомоги та самопомоги з метою стабілізації стану при гострих проявах постстресових розладів. Люди, що страждають від посттравматичних кризових станів, мають освоїти кілька методів самопомоги. Зазвичай, досить одного-двох ефективних методів, щоб стабілізувати гострі прояви. Варто також пояснити близьким (рідним, друзям), як вони можуть допомогти у разі прояву стресових симптомів. Методи невідкладної психологічної допомоги/самопомоги можна обрати з поданих нижче прийомів, модифікувавши їх для конкретної ситуації. Це можуть бути й інші техніки, адже кожна людина й кожна ситуація унікальна. Те, що стабілізує стан в одному випадку, може бути не корисним в іншому. Більше того: те, що допомагало, через певний час

може вже не допомогти або навіть мати негативний вплив. Тому людина, яка страждає від постстресових розладів, має постійно відстежувати, як впливають на неї певні речі, слова чи дії, говорити про це тим, хто поруч, і обирати найефективніші заходи самодопомоги.

ПРИЙОМИ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ/САМОДОПОМОГИ

1. Визначити симптоми кризового стану. Спочатку треба навчитися розрізняти прояви посттравматичних стресових розладів у себе чи у близької людини (див. табл. 3).

Таблиця № 3

РЕАКЦІЇ НА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ

Таблиця 2.3

ФІЗИЧНІ	КОГНІТИВНІ	ЕМОЦІЙНІ	ПОВЕДІНКОВІ
Утруднене дихання; запаморочення; підвищений кров'яний тиск; непритомність; втома; скреготання зубами; головний біль; тремтіння;	Звинувачення інших; змінена (надмірна) настороженість; збентеження; гіперпильність; підвищення або зниження рівня усвідомлення реальності;	Збудження; тривога; недобре передчуття; відмова (заперечення); депресія; емоційний шок; страх;	Зловживання алкоголем; асоціальні вчинки; зміни у діяльності; зміни у спілкуванні; зміни у сексуальній активності; зміни у мовленнєвих шаблонах;
нудота; біль; сильне потовиділення; швидке серцебиття; нервові посмикування; слабкість.	інтрузивні образи; проблеми з пам'яттю; кошмари; погане абстрактне мислення; погана увага; погана концентрація; утруднене прийняття рішень; утруднене вирішення проблем.	відчуття переповнення (переобтяження); горе; почуття провини; неадекватні емоційні реакції; дратівливість; втрата контролю над емоціями.	емоційні спалахи; неможливість відпочивати; зміна апетиту; безцільне ходіння туди-сюди; посилення старт-рефлексу (здригання); підозрілість; соціальне відчуження (ізоляція).

Потрібно визначити характер гострого стану, інтенсивність та адекватність ситуації. Наприклад, страх може бути різної інтенсивності: від побоювання, схвильованості до панічної атаки. Якщо людина боїться в небезпечній ситуації – це нормально. Якщо ж у небезпечній ситуації страх сковує рухи, заважає адекватно реагувати, то людина потребує допомоги.

ЗАСПОКОЇТИ. Якщо людина дуже збуджена чи злякана, її потрібно заспокоїти, повернути до рівня схвильованості, адекватного ситуації.

Той, хто надає невідкладну допомогу, сам має бути спокійний (це стосується і психологічної допомоги та підтримки).

ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ:

- недооцінювати ситуацію;
- давати неправдиві обіцянки;
- говорити неправду (якщо це виявиться, то рівень тривожності, страху й недовіри зросте);
- давати поради щодо вирішення проблеми;
- звертатися до логіки: «Ти ж доросла людина», «Будь чоловіком». (Це сприймається як «Мене не розуміють, принижують» тощо.

Людина у кризовому стані не може адекватно оцінювати ситуацію); **Г**оворити: «Не бійся», «Не кричи», «Не плач». (Людина чує: «Бійся», «Кричи», «Плач»). Потрібно демонструвати спокій. Говорити спокійним і впевненим голосом: «Зараз безпечно», «Все в минулому».

ДОПОМОГТИ ЗОРІЄНТУВАТИСЯ

У кризовому стані людина дезорієнтована, їй необхідно допомогти зорієнтуватися, повернутися в реальність, у стан «тут і тепер».

Для цього потрібно: дати чітку інформацію про ситуацію, місце і час; чітко відповідати на всі запитання; **Г**уважно, не перебиваючи, вислухати. Слова і фрази мають відповідати конкретній ситуації. Можна обмежитися однією чи двома фразами, якщо після них стан стабілізувався.

- Місце. Нагадайте людині, де вона знаходиться.
- Дата. Нагадайте, яка зараз дата (день, час).
- Безпека. Скажіть, що зараз безпечно.
- Відмінності. Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмівної події.
- Доречна дія в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити.

Приклад. Повернувшись із зони воєнного конфлікту, військовослужбовець серед ночі з криком зіскакує з ліжка. Сусід може сказати йому таке: «Зараз ми на полігоні (місце). Зараз ніч (час).

Можна спокійно відпочивати (безпека). Обстрілу не буде, це не АТО (відмінності). Лягай, спи» (доречна дія).

Приклад. У 2014 році чоловік був поранений під Іловайськом. Після демобілізації повернувся додому. У неділю він одягає робочий одяг, хоча йти йому нікуди не потрібно. Дружина може сказати: «Почекай (варіант дії). Який сьогодні день? (Зробити невелику паузу.) Сьогодні ж неділя (час). У неділю можна бути цілий день вдома (місце). Ти працюєш у школі. Ти вчитель, а не заступник по роботі з особовим складом (відмінності). Все добре (безпека). «Відпочивай» (доречна дія). Під час гострого прояву симптомів постстресового розладу можна і самотійно (подумки чи вголос, залежно від ситуації) проговорювати відповідні тексти. Наприклад: «Я в громадському транспорті (місце). Зараз вечір (час). Люди їдуть із роботи. Вони схвильовані, але ніякої небезпеки для життя немає (відмінності, безпека)».

4. СПРИЯТИ ЗАДОВОЛЕННЮ БАЗОВИХ ФІЗИЧНИХ ПОТРЕБ

– Нормалізація дихання. Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разом із людиною, якій надаєте допомогу.)

– Вода. Щоб привести до тями людину, яка не йде на контакт, можна хлюпнути на неї водою. Дайте постраждалому питної води (бажано не газованої і не кип'яченої). Запропонуйте випити склянку води маленькими ковтками (40 ковтків), при цьому слід подумки рахувати (після кожного ковтка). Кожного разу, ковтнувши воду, потерпілий має робити короткий вдих і довгий видих. Скажіть, що потрібно зосередитися на відчуттях. Запропонуйте потерпілому занурити у воду долоні. Якщо дозволяють умови – нехай умиється, помие руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти лоб, обличчя.

– Медикаменти, біодобавки, чай. Якщо є випробувані раніше ефективні медикаменти, біодобавки, трав'яний чай, тобто те, що дає легкий заспокійливий ефект, то це можна застосовувати у разі надмірного збудження чи навпаки – завмирання.

5. СПРИЯТИ АКТИВІЗАЦІЇ РЕСУРСІВ. Потрібно сприяти активізації ресурсів, щоб запустити механізми подолання негативних емоцій і станів. Це відновлює почуття самокомпетентності.

– Самообійми. Запропонуйте людині міцно обняти себе так, щоб вона відчувала межі свого тіла.

– Вправа для самоблокування. Запропонуйте постраждалому покласти одну руку собі на серце, а іншу – на живіт і описати відчуття в цих місцях (спочатку в одному, а потім в іншому).

– Поглажування серця. Попросіть людину помістити свої пальці над центром грудної клітки, на 2,5 см нижче від ключиці, й обережно перемістити їх прямо вниз на 10 см. Повторювати такий рух потрібно доти, поки не буде досягнуто відповідного терапевтичного ефекту. Рух схожий на ніжне поглажування кота.

– П'ять відчуттів. Попросіть постраждалого назвати щось для кожного з п'яти відчуттів: те, що можна побачити, почути, понюхати, доторкнутися, покуштувати.

– Сила тяжіння. Попросіть людину відчути, як ноги доторкаються до підлоги, тіло – до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця».

Стабілізації стану може допомогти тілесний контакт із потерпілим:

– Дотик. Попросіть у потерпілого дозволу покласти свою руку на його плече, руку чи коліно. Такий дотик може допомогти йому «заземлитися» і врегулювати свій стан. Якщо потрібно, станьте опорою для нього, нехай він зіпреться на вас.

– Тиск. Натисніть своїми руками на коліна, ноги чи плечі потерпілого, щоб допомогти йому відчути себе заземленим. Використайте свої ноги, щоб м'яко, але твердо натиснути на його ноги. Попередньо запитайте в нього дозволу. Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану

– Тактильні об'єкти. Дайте людині предмет, який можна добре відчути. Наприклад, терапевтичний пластилін, торбинку з насінням або квасолею, камінці, шишки чи інші природні матеріали, іграшку, м'яку ковдру. Скажіть, щоб він відчув цей предмет, пом'яв його в руках, зосередився на тому, що відчуває, та описав уголос свої відчуття.

– Шматочки льоду. Дайте потерпілому шматочок льоду, попросіть його відчути холод у долонях. – Заземлення за допомогою подушки чи ковдри. Запропонуйте покласти на коліна подушку чи ковдру і поплескати по ній долонями.

– Набивна (м'яка) іграшка. М'яка іграшка асоціюється з утіхою, нехай потерпілий потримає її в руках.

– Музика. Доберіть музику (наприклад, звуки природи), таку, що буде заспокоювати саме цю людину, і запропонуйте її послухати.

– Домашні тварини – найкращі психотерапевти. У США в психіатричній службі «працюють» собаки, навчені допомагати людям із психіатричними діагнозами, аутизмом і ПТСР.

Якщо зазначені вище заходи не спрацьовують, то часто вдаються до лікування за допомогою собак – каністерапії. Інші домашні тварини (коти, коні) також можуть ефективно стабілізувати психофізичний стан тоді, коли інші прийоми не допомагають [94].

4. Травмафокус – нейропсихотерапевтичний метод опрацювання психотравми.

Методами першого вибору у роботі з постстресовими розладами вважають травмафокусовану когнітивно-поведінкову терапію та EMDR (десенсибілізація за допомогою руху очей). Проте в останні десятиліття у світі стрімко розвиваються нейропсихотерапевтичні методи роботи з травмою, які сьогодні освоюють і українські фахівці. Оскільки літератури стосовно зазначених методів дуже мало, представляємо статтю Томаса Вебера, засновника і міжнародного тренера з методу травмафокусу, директора Інституту нейропсихотерапії (Австрія, м. Відень).

Травмафокус – тілесноорієнтований метод, спрямований на спонтанне, безпосереднє опрацювання психотравми на нейронному рівні, без задіявання свідомих спогадів. (Під час сесії клієнт перебуває у стані природної свідомості й не переживає стресу повторно.)

Термін «травмафокус» запропонував Томас Вебер. Він тривалий час співпрацював із Девідом Грандом, засновником брейнспотінгу (brainspotting), який Д. Гранд розвинув на основі EMDR. Травмафокус можна вважати удосконаленням методом Brainspotting. Травмафокус ґрунтується на наукових дослідженнях: Focusing (Gendlin), Somatic Experiencing (Levine), Brainspotting (Grand), Pranayama, дослідженнях болю (Melzack & Wall, Engel та ін.), гіпнозосистематичних підходах (Schmidt), нейробиологічній теорії (Del Monte, Trepel, Hirsch, Schiepeck, Hüther, Roth та інші) та результатах актуальних досліджень мозку (Damasio, Schore та ін.). Як відомо з результатів сучасних досліджень мозку, хронічний психічний стрес призводить до зменшення об'єму пам'яті гіпокампа (ділянка мозку), що може викликати різні форми порушень пам'яті. Поряд із цим, активізуються «пункт керування стресом» гіпоталамус та розміщена в

лімбічній системі мозку мигдалина (визначає рівень загрози), а також виділяється багато стресових гормонів.

Під час застосування травмафокусу в глибинних структурах мозку активується травмівний і стресовий досвід, що рефлексивно відображається в області очей та обличчя. Може спостерігатися часте моргання, посіпування, коливальні рухи очима, розширення чи звуження зіниць, уривчасте дихання тощо.

Для оцінювання травмівного стресу на початку й у кінці сесії застосовується шкала стресу за Wolpe від «0» – немає найменшого стресу, до «10» – максимальний стрес.

Соматичну проекцію стресу Е. Дженделін називає «Felt Sense» – місце в тілі, де відчувається стрес. Інтенсивність тілесного відчуття стресової чи травмівної теми залежить від позиції очей. Людина фокусує погляд у точці, де рефлексі сприймаються найсильніше (активаційний фокус) чи в точці найбільшого комфорту (ресурсний фокус). Фіксування автоматично зайнятої позиції очей веде до зменшення стресу.

Потрібний напрям погляду можна виявити, спостерігаючи за тим, куди дивиться клієнт, розповідаючи травмівну історію. Якщо погляд зафіксувати в знайденій точці (активаційний фокус), то в людини починають з'являтися соматичні відчуття чи травмівні спогади, які, на відміну від флешбеків та інтрузій, усвідомлюються і не переживаються повторно.

Травмафокус можна зафіксувати і за допомогою спеціальної указки. Концентрування погляду на указці допомагає утримувати позицію очей тривалий час. Для кращої регуляції мозку можна використовувати (через навушники) спеціальні тихі, заспокійливі звуки.

Важливим у травмафокусі є те, що на успішне опрацювання травмівного досвіду впливає дихання клієнта: спокійне, усвідомлене, приязне (як вияв внутрішнього ставлення до себе та до процесу переживання). Таке дихання активує вентральний блукаючий нерв, що супроводжується заспокоєнням нервової системи. Завдяки усвідомленому диханню переживання в теперішньому, «тут і тепер», стають інтенсивнішими, ніж колишні травмівні спогади.

Коли ми переживаємо небезпечну, загрозливу для життя ситуацію, наше дихання або прискорюється (часто вдихаємо), або уповільнюється і стає поверхневим. Після знаходження фокусу, психотерапевт пропонує клієнту дихати усвідомлено глибоко й

повільно. Це антистресове дихання, що регулює діяльність нервової системи, дозволяє м'яко й ефективно опрацювати травмівні спогади і дискомфортні тілесні відчуття.

Під час сесії опрацювання травмівного досвіду відбувається в пам'яті клієнта, а терапевт інтуїтивно спостерігає за процесом (з цікавістю, без упередженого ставлення, гіпотез та тлумачень). Це максимально корисно впливає на процес, адже ми не знаємо, з яких фрагментів складається хронічний стрес. Травмафокус використовує нейропластичність людського мозку для опрацювання травми, завдяки чому клієнти під час сесій повторно не переживають стресовий стан, що сприяє зниженню емпатійного стресу і в терапевтів. Тому терапевт щодня може інтенсивно працювати без ризику власної непрямой травматизації.

Під час терапевтичної сесії терапевт має бути у ресурсному стані. Завдяки цьому створюється особлива заспокійлива атмосфера, в якій клієнт стає сильнішим і може знайти власні джерела підтримки. Аллан Шор, американський психолог та нейродослідник, з'ясував, що під час терапевтичної сесії (на неусвідомлюваному рівні) права півкуля терапевта інтенсивно взаємодіє з правою півкулею клієнта. А. Шор називав цей ефект *right to right brain interaction* і вражаюче задокументував своє дослідження на сканованих картинах мозку.

Клієнтів зцілюють не терапевти (вони лише створюють цілющу атмосферу), клієнти зцілюються самі чи, сказати точніше, зцілює їхній мозок, в якому замість порушеного стану починається процес саморегуляції і породжується новий цикл у нервовій системі. Новостворені нейронні зв'язки впливають на тілесні відчуття. Клієнти відчують, як стресовий стан та хронічний біль постійно зменшуються під час і після кожної сесії.

Щоб підтримувати процес зцілення, використовується техніка, яку клієнт може застосовувати самостійно. Завдяки цій техніці мозок після регуляції на терапевтичній сесії і далі перебуває у спокої. Таким чином тренується безстресовий стан.

Під час сесій травмафокусу для стабілізації стану вдаються до ресурсних технік: активування мультисенсорних ресурсів (граундінг), «сканування» тіла, візуалізації місця спокою, уявлення речей, які заспокоюють, чи об'єктів прихильності, що врівноважують. Ці техніки особливо ефективні у разі гострих реакцій на стрес, гострих стресових та кризових розладів та гострих реакцій, спричинених

травмами прихильності; при хронічному тривалому стані напруження і збудження в тих, хто страждає від панічних атак, фобій, депресій, емоційних стресів та травмивного досвіду, спричиненого сексуальними домаганнями в дитячому віці.

Для регулювання автономної нервової системи у людей із зазначеними розладами застосовують ресурсні техніки, зокрема тілесні.

«Сканер» тілесних ресурсів. Техніка «сканер» тілесних ресурсів застосовується для стабілізації стресового стану, під час якої тіло «сканується» від голови до п'ят.

Терапевт говорить клієнтові: «Уявіть, що ресурсний сканер повільно рухається вашим тілом: спочатку від тім'я до п'ят, а потім – у протилежному напрямку. При цьому сканер фіксує тільки ті місця, де відчуття «найкращі», «нейтральні» чи «приємні». Неприємні чи травматичні місця минаємо без сканування».

Після «сканування» тіла клієнт повідомляє, де він зафіксував приємні відчуття (тілесні ресурси, тобто контрастні місця, порівняно з дискомфорtnими).

Об'єкти прихильності. Емоційній стабілізації сприяє відновлення прив'язаності. Для цього уявляють заспокійливі прихильні образи людей, тварин, рослин, духовних істот. Найкраще, коли під час терапії клієнт спочатку «лімбічно», не називаючи, уявляє і вибирає найбільш ресурсний образ. Потім якийсь час мовчки уявляє обраний об'єкт, глибоко його відчуває, «проживає». Тоді образ закріплюється в пам'яті, його можна будь-коли уявити. Потім клієнт розповідає про свій досвід.

Заспокійливе (безпечне) місце. Емоційній стабілізації сприяє візуалізація себе в безпечному місці – місці спокою, сили. Це може бути реальне місце, де людині добре чи колись було добре. Це може бути інший вимір чи далекий космос, куточок природи, місце на терасі або біля каміна, головне, щоб там було спокійно.

Природні елементи стабілізації, що породжують відчуття захищеності, підтримки, допомоги (наприклад світло, якщо людина боїться темряви) дуже важливі, якщо клієнт вважає (чи так є насправді), що хтось чи щось загрожує його життю. Це можуть бути такі речі, як ікони, кристали чи камені, дитячі малюнки тощо.

Стабілізувати стан можна і за допомогою теплої води (ванна, душ, сауна), ароматичного масла, «чайної церемонії», споглядання чогось красивого, наприклад, квітів. Особливий засіб, який ефективно

стабілізує стан і у випадку реальної небезпеки, і за умови актуалізації травмівного досвіду, – молитва.

Запропоновані ресурси – цінні допоміжні засоби для роботи з клієнтами, які в ранньому віці пережили масивні травмування і страждають від постстресових та супутніх розладів.

Особливо це актуально для осіб із дисоціативними, пограничними розладами, DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) чи зі складним посттравматичним стресовим розладом.

Перед тим, як запропонувати клієнтові пошуки ресурсів, терапевт має подумки активізувати стабілізаційні ресурси. Потім можна сказати: «Нехай у вашій свідомості виринають місця, де вам було спокійно; з'являються люди, тварини чи якісь істоти, образи яких вас підтримують, речі, що вас захищають».

Більш ефективно, коли стабілізаційні ресурси (фігури прихильності, заспокійливі місця, елементи стабілізації) клієнт знаходить без вербальної допомоги терапевта. Томас Вебер із власного нейротерапевтичного досвіду зробив висновок, що ресурси, які виникають у клієнта самостійно, без зовнішньої сугестії, дієвіші для душевного зцілення і ефект від них стійкіший.

Питання для самоконтролю

1. Чим відрізняється психічний та психологічний стрес?
2. Визначте різницю між травмівною подією і травмівною ситуацією.
4. Дайте визначення психотравми.
5. Які методи першого вибору для психотерапевтичних інтервенцій при психотравмі.

ЛЕКЦІЯ № 9

Дитячо-юнацька психотерапія

Мета: розкрити основні поняття та принципи дитячої та підліткової психотерапії, ознайомитися з специфікою психотерапії з дітьми та підлітками, визначити особливості дитячо-підліткової психотерапії, розглянути організаційні та структурні елементи організації психотерапевтичного процесу з дітьми та підлітками.

План

1. Основні поняття та принципи дитячої та підліткової психотерапії.
2. Специфіка психотерапії з дітьми та підлітками.
3. Опора на психологію розвитку в процесі психотерапії.
4. Організація і структурування психотерапевтичного процесу з дітьми та підлітками

1. Основні поняття та принципи дитячої та підліткової психотерапії.

Дитяча та підліткова психотерапія виникла у межах психотерапії дорослих, тобто історично є молодшою наукою, і її підходи збігаються з основними напрямками психотерапії дорослих – психодинамічним, гуманістичним і поведінковим.

Як відомо, психотерапія зародилася в рамках класичного психоаналізу, витоком теорії і практики дитячої психотерапії також є психоаналіз. І саме тому, як зазначає Х. Ремшмідт, концепції та підходи дитячої та підліткової психотерапії розглядалися і розглядаються з точки зору їх відмінностей від психотерапії дорослих. Згадаймо, що ще на зорі появи дитячого психоаналізу робота А. Фрейд «Введення в техніку дитячого психоаналізу» (1927 г.) була присвячена виявленню відмінностей дитячого психоаналізу від психоаналізу дорослих.

Першою роботою по дитячому психоаналізу прийнято вважати роботу З. Фрейда «Аналіз фобії п'ятирічного хлопчика», опубліковану в 1909 р. Цю роботу справедливо можна вважати передтечею і дитячої, і сімейної психотерапії, і психологічного консультування. В «Аналізі фобії п'ятирічного хлопчика» психоаналіз вперше був успішно застосований З. Фрейдом для

лікування дитини. Крім того, що в цій роботі знайшла своє підтвердження ідея Фрейда про те, що причини неврозів коріняться в дитячому досвіді, в порушеннях раннього психосексуального розвитку, в ній був зроблений крок на шляху до поваги дітей і визнанню їх свободи, відношенню до дитини як до особистості.

Ідеї Фрейда в застосуванні до роботи з дітьми почали інтенсивно розвиватися в 1920-х рр. Тут слід назвати таких психоаналітиків, як Г. Хуг-Гельмут, Г. Цуллігер, А. Айнхорн. Але, звичайно, найбільш значними постатями у розвитку дитячого психоаналізу були і багато в чому залишаються Анна Фрейд і Мелані Кляйн. Вони, як відомо, перебували в певній опозиції по відношенню один до одного, кожна відстоювала свій погляд на дитячий психоаналіз, але протистояння це виявилось надзвичайно плідним, і в їхніх суперечках розвивалися і уточнювалися теоретичні та практичні питання як дитячого психоаналізу, так і психоаналізу дорослих.

Надалі ідеї дитячого психоаналізу отримали розвиток, в першу чергу, в теорії об'єктних відносин (лінія, що йде від М. Кляйн), і в напрямку, розвиваючому ідеї А. Фрейда. В останні десятиліття значний внесок у розвиток дитячого психоаналізу і дитячої психотерапії вніс Д. Стерн. Підкреслимо, що саме дитячий психоаналіз дав початок численним напрямкам і підходам в сучасній дитячій психотерапії, і ширше – в дитячій практичній психології.

Оформлення дитячої психотерапії в самостійний напрям, її інституціалізація відбулися в Європі наприкінці 1940-х – початку 1950-х рр. В рамках психоаналітичної психотерапії були створені центри підготовки дитячих психотерапевтів, асоціації, програми і стандарти підготовки. На жаль, в нашій країні ця робота знаходиться ще на самому початку, стандарти підготовки дитячих психотерапевтів поки не розроблені, хоча в останні роки помітні серйозні просування в цій галузі.

Незважаючи на критику психоаналітичного підходу і деяке скорочення його впливу і популярності в роботі з дітьми в даний час, поняття, які народилися в руслі психоаналізу, вийшли за рамки психоаналітичної практики і увійшли в ужиток не тільки дитячих психотерапевтів різних напрямків, але і дитячих практичних психологів.

У 1930-х рр. виникли нові, ігрові підходи в психотерапевтичній роботі з дітьми – ігрова терапія відреагування Д. Леві, своїм корінням йде в психоаналіз, і ігрова терапія відносин Дж. Тафт і Ф. Аллена. В

ігровій терапії відносин, витоки якої також знаходяться в психоаналізі, а також в ідеях О. Ранка з очевидністю проявилася феноменологічна орієнтація.

Подальший розвиток дитячої психотерапії відбувався відповідно до розвитку психотерапії дорослих, у міру появи нових напрямів. Так, на основі клієнт-центрована підходу К. Роджерса в 1950-х рр. виникла недирективна ігрова психотерапія, центрована на клієнті. Засновником цього підходу стала В. Екслейн, а поглиблення цього підходу здійснюється в роботах Г. Лепдрета. В. Екслейн і Г. Лендрет втілили в дитячій психотерапії ідею Роджерса про те, що первинною мотивацією людини є самоактуалізація, потреба в рості і розвитку. У руслі гуманістичного напрямку все більшої популярності набуває гештальт-підхід, який в 1970-х рр. почав застосовуватися в роботі з дітьми та підлітками (в першу чергу завдяки роботам В. Оклендер).

У 1960-х рр. поведінкова (біхевіоральна) терапія, заснована на різних принципах теорії навчання, стала успішно використовуватися в роботі з дітьми. В цілому, розвиток поведінкової терапії з дітьми йшло в тому ж напрямку, що і психотерапії дорослих – у бік інтеграції з когнітивною психотерапією. Протягом останніх десятиліть очевидний серйозний прогрес у галузі когнітивно-поведінкової психотерапії дітей і підлітків.

Серед ефективних психотерапевтичних підходів при роботі з дітьми слід назвати сімейну психотерапію, в якій предметом роботи, «пацієнтом» стає сім'я, тобто акцент переноситься з проблем дитини на патологію родини.

Протягом минулого сторіччя психотерапія з дітьми розвивалася в основному в рамках чотирьох основних напрямків – психодинамічного, когнітивно-поведінкового, гуманістичного (ігрова недирективна психотерапія, гештальт-терапія) та сімейної психотерапії. В останні десятиліття розхитується уявлення про те, що психотерапія має проводитися в межах певної школи або підходу, простежується явна тенденція до створення нових моделей психотерапії, що виходять за рамки традиційних напрямів – інтегративні і еклектичні підходи. Все ширше використовуються гнучкі підходи, які дозволяють, залежно від особливостей випадку, використовувати різні моделі психотерапії.

Розвиваються і демонструють свої можливості при роботі з дітьми посткласичні методи терапії – орієнтована на вирішення короткострокова терапія (ОВКТ) і наративна психотерапія.

Особливо виразно тенденція до інтеграції проявляється в підходах, спрямованих на роботу з дитячо-батьківськими і сімейними відносинами. Тут можна виділити дочірню ігрову терапію (Г. Гуернія), терапію батьківсько-дитячої взаємодії (Ш. Айберг) і моделі ігровий сімейної психотерапії, що з'єднала сімейну терапію і гру. Це, наприклад, сімейна психотерапія об'єктних відносин з використанням гри (Д. Шарфф, Дж. Шарфф).

Якщо говорити про формальні характеристики, то класифікувати психотерапію з дітьми та підлітками можна з такими принципами:

1. За формою роботи. При роботі з дітьми та підлітками виділяють наступні форми психотерапії:

- індивідуальна психотерапія з дитиною, що включає всі форми психотерапії, при яких психотерапевт проводить заняття тільки з одним клієнтом, тобто терапевтичний процес відбувається в діаді «психотерапевт – клієнт»;
- групова психотерапія з дітьми, передбачає психотерапевта і групу дітей. На відміну від групової психотерапії з дорослими і підлітками, у груповій роботі з дітьми групова динаміка не використовується в психотерапевтичних цілях;

- батьківські сесії – консультування або тренінги з одним або обома батьками;

- сімейні сесії, в яких беруть участь дитина і обоє батьків або як мінімум один батько і дитина.

2. За інтенсивністю, тобто за частотою сесій та їх тривалості. Зазвичай сесії проводяться один раз на тиждень і тривають 1:00 або 50 хв, при психоаналітичній терапії і при необхідності інтенсивної роботи сесії проводяться кілька разів на тиждень.

3. За тривалістю. Розрізняють короткострокову (до 20-30 сесій) і довготривалу психотерапію (більше півроку, не менше 40 сесій). Тривалість та інтенсивність психотерапії залежать від характеру проблем, складності симптоматики, особистісних особливостей дитини і напрямки, в якому працює психотерапевт.

4. За напрямками психотерапії:

- гуманістична психотерапія, до якої відносять клієнт-центровану терапію, недирективну ігрову терапію, гештальт-терапію і психодраму;

- психодинамічна психотерапія – психоаналіз і психоаналітична терапія, аналітична психологія;

- когнітивно-поведінкова терапія;
- сімейна терапія та інші напрямки.

Аналіз різних визначень психотерапії показує, що незалежно від того, чи розглядається психотерапія як лікування (Х. Ремшмідт, М. Раттер як «широкий діапазон впливів» (М. Калліас), вона повинна бути здатна пред'явити (експлікувати), описати і пояснити психологічні механізми власної психотерапевтичної діяльності. Це повною мірою відноситься до діяльності дитячого психотерапевта.

Погоджуючись з думкою про те, що спроба дати визначення психотерапії до використання окремих психотерапевтичних систем приречена на невдачу і що будь-яке визначення в цьому випадку, безумовно, є спрощенням, на основі аналізу та узагальнення багатьох визначень дозволимо собі запропонувати наступне визначення дитячої та підліткової психотерапії.

Психотерапія з дітьми – це процес надання психологічної допомоги дитині, яка здійснюється психотерапевтичними методами в рамках професійно організованого спілкування дитини і терапевта. Головним терапевтичним засобом у цьому процесі є взаємодія терапевта з дитиною, їхні взаємини.

З нашої точки зору, дуже лаконічне і точне, хоча і дещо парадоксальне визначення дитячої психотерапії звучить так: «Дитяча психотерапія – це та галузь психотерапії, об'єктом якої є дитина як особливий тип пацієнта».

2. Специфіка психотерапії з дітьми та підлітками.

Чому дитина – особливий тип пацієнта? До низки причин відносяться нестійкий характер дитячого «Я», залежність дитини від батьків, її потреба в грі, а також стан безперервного розвитку, в якому перебуває дитина. Крім того, до особливостей пацієнта-дитини слід відносити і зустрічні реакції психотерапевта на пацієнта-дитини, внутрішні реакції терапевта.

У кожному психотерапевтичному підході, природно, існують свої спеціальні цілі. І тим не менше спробуємо виділити ті з них, які є загальними для всіх підходів в дитячій психотерапії. Для цього звернемося до керівництва з психотерапії К. Брема, яка формулює наступні категорії цілей в дитячій психотерапії.

1. Цілі, пов'язані з вирішенням пропонованої проблеми дитини (хоча б часткове вирішення проблеми, полегшення страждань дитини).

2. Цілі, пов'язані з підвищенням потенціалу дитини, – розвиток її самостійності і впевненості у своїх силах, здатності усвідомлювати свої потреби і проблеми, самостійно шукати і знаходити шляхи їх вирішення; формування адекватної і стійкої самооцінки; розширення досвіду дитини; актуалізація резервів особистісного зростання.

3. Цілі, спрямовані на те, щоб допомогти дитині повернутися до нормальної траєкторії розвитку.

Як ми бачимо, виділені категорії цілей охоплюють не тільки цілі власне психотерапевтичні, а й корекційні, і розвиваючі. Практично ті ж цілі виділяє і М. Раттер, додаючи до них ще дві – генералізацію терапевтичних змін та їх збереження.

Але, як пише Н. Ф. Каліна, головна мета психотерапії (як дитячої, так і психотерапії з дорослими) – допомагати людині здобути самостійність, автономність і незалежність, несуперечність і цілісність, впевненість у собі, віру в людей і довіру до світу. Психологічна допомога адресована всієї особистості, а не окремим проблемам.

Незважаючи на спільність «ідеальних» цілей і конкретних методів різних психотерапевтичних підходів у роботі з дітьми (гра, малюнок, твір історія), теоретичні основи, на які орієнтується той чи інший підхід, мають серйозне значення. Відмінності ці полягають у способах визначення проблем, у поглядах на причину розладу, в мішенях, стратегіях і техніках роботи, у характері взаємодії психотерапевта з дитиною, в форматі та тривалості психотерапії і т.д. Так, наприклад, для психодинамічного і клієнт-центрованого підходу центральним є взаємодія в парі «психотерапевт-дитина», терапевтичний союз, для поведінкового підходу найважливіше методи і техніки. Проте постараємося виділити ті загальні положення, які важливі для всіх або майже всіх підходів до дитячої та підліткової психотерапії.

Дитяча та підліткова психотерапія, за справедливим зауваженням Х. Ремшмідта, стикається з більш серйозними проблемами, ніж психотерапія дорослих. Ці проблеми пов'язані з впливом на дитину його близького оточення, з процесами розвитку, зі стратегіями подолання важких життєвих ситуацій, які різні на різних вікових етапах, та ін. Тому терапевтичні методи, використовувані в психотерапії з дорослими, не можна просто переносити на лікування дітей та підлітків, необхідно враховувати ці відмінності. Це ж

підкреслюють і інші дитячі психотерапевти (А. Фрейд, К. Бремс, Г. Лендрст, Ф. Кендалл та ін.).

Безумовно, психотерапевтична робота з дітьми та підлітками вимагає і більш серйозної підготовки фахівця. Це, звичайно, власне психотерапевтична підготовка (теоретична і практична), обов'язковий досвід власної психотерапії та роботи під керівництвом досвідченого супервізора і певний життєвий досвід. Крім цього, в роботі з дітьми та підлітками необхідні знання з вікової психології та психології розвитку, з клінічної психології, знання основ дитячої та підліткової психіатрії.

Оскільки, як було зазначено вище, історично підходи і концепції дитячої психотерапії прийнято розглядати в аспекті їх відмінності від психотерапії дорослих, розглянемо відмінності між дитячою та підлітковою психотерапією і психотерапією дорослих.

1. Насамперед, специфіка дитячої психотерапії визначається тим, що звернення до психотерапевта завжди ініціює не дитина, а батьки або опікуни. Пов'язано це може бути з тим, що діти, як правило, або не усвідомлюють, або недооцінюють, або приховують симптоми і наявні у них розлади. Крім того, згоду на психотерапію дають батьки або законні представники з причини юридичної некомпетентності дітей. Таким чином, навіть у тому випадку, якщо запит виходить від дитини, до психотерапевта з приводу проблем дитини звертаються батьки. З цього випливає, що між психотерапевтом і дитиною завжди стоїть посередник, в структуру психотерапевтичної ситуації при індивідуальній роботі з дитиною завжди потенційно включено три позиції: «дитина – терапевт – батьки».

2. Оскільки дітям, як правило, не властива воля до одужання і не вони є ініціаторами звернення до психотерапевта, важливо створювати у них необхідну мотивацію до психотерапії.

3. Першою умовою для створення мотивації є встановлення довірчих відносин психотерапевта і дитини, формування емоційного зв'язку, контакту між ними. Стиль відносин дитини і психотерапевта, який багато в чому визначає ефективність психотерапії, – це безоцінне прийняття, емпатія, підтримка, автентичність і щирість психотерапевта. Психотерапевт дає зрозуміти дитині, що розуміє його і хоче йому допомогти. Це справедливо для будь-яких підходів – і для структурованої психотерапії, де психотерапевт вибудовує і

направляє психотерапевтичний процес, і для недирективної психотерапії, де терапевт сліdkує за дитиною.

4. У зв'язку з тим, що між дитиною і психотерапевтом перебувають батьки (батько) або заміщає їх іншій доросла людина, необхідно встановлення робітничого союзу з батьками, залучення їх на сторону психотерапевта. І у психотерапевта, і у батьків повинна існувати установка на те, що батьки є учасниками психотерапевтичного процесу. Перш за все, психотерапевт повинен підтримати батьків у їх вирішенні звернутися за допомогою, не можна навіть побічно звинувачувати батьків у проблемах дитини, потрібно виходити з того, що дитина любить своїх батьків і батьки люблять дитину, тобто з презумпції любові.

5. Особистість дитини ще незріла, вона великою мірою перебуває під впливом батьків і залежимо від них. З цього випливає необхідність враховувати сімейне оточення (більшою мірою, ніж в психотерапії дорослих). Більше того, дитину неможливо розглядати поза сімейного контексту, поза сімейної системи.

6. У психотерапії з дітьми і з дорослими використовуються різні методи і техніки. При роботі з дітьми необхідні взаємозумовленість контексту розвитку і вибору втручання, співвіднесення методу з віком.

7. У психотерапії з дітьми необхідно враховувати процес розвитку, спиратися на психологію розвитку.

8. Модель психотерапії з дітьми, в порівнянні з психотерапією дорослих, є розширеною. Психотерапія з дітьми включає ще, як правило, розвивальний, корекційний і виховний аспекти. Про виховний аспект психотерапії говорили ще З. Фрейд та А. Фрейд, яка підкреслювала, що аналітик об'єднує в своїй особі дві важкі і суперечливі завдання: «... він повинен аналізувати і виховувати ...» А. Фрейд займала в цьому питанні досить радикальну позицію: за її словами, аналітик повинен встати в психотерапії на місце «Я-Ідеалу». Тут важливо пояснити, що під вихованням не мається на увазі шкільне або батьківське виховання, дидактика і моралізаторство. Мова йде саме про психотерапевтичний аспект виховання. Оскільки моральні інстанції дитини ще тільки формуються, а в процесі психотерапії відбувається регресія до ранніх стадій і вивільняються афекти, психотерапевт повинен підтримувати «Я» дитини, межі між особистісними структурами, між «Я» і «не-Я». Для цього він використовує психотерапевтичні прийоми, і в першу чергу введення

обмежень. Тим самим психотерапевт висловлює своє ставлення до небажаних поведінкових проявів при повному прийнятті та підтримки самої дитини, направляє афекти в символічне русло.

Що стосується корекційного аспекту психотерапії, зауважимо, що існують різні точки зору на співвідношення понять «психотерапія» і «психокорекція», часто діаметрально протилежні – від визнання відносності відмінностей або навіть ототожнення цих понять до відстоювання їхніх принципових відмінностей. Як приклад радикальної позиції по відношенню до розведення понять «психокорекція» і «психотерапія» можна навести позицію В. П. Панкіна, який говорить не просто про розрізнення цих понять, але про «парадигматичну розділову лінію, що розтинає поле світової психотерапії на дві різні сфери зовсім інших по відношенню один до одного практик і теорій (психокорекції та психотерапії), які вирішують принципово різні завдання, спрямовані до різних цілей, досягаються різними засобами, виходять з принципово різних методологій і звернені до зовсім різних адресатів». Психокорекція адресується не до проблеми суб'єкта, а до його проблемної (дефектної) поведінки чи до дефектних психічних функцій. На відміну від психокорекції, психотерапія орієнтована на феноменологічний підхід. Це завжди діалог між двома суверенними особистостями, це завжди шлях від розщепленості до цілісності.

Психокорекція, на відміну від психотерапії, адресується не до особистості, а до дефектних функцій суб'єкта, що психокорекція – це виправлення чи розвиток окремих функцій, але все-таки хочемо підкреслити, що в психотерапевтичній роботі з дітьми ці процеси дуже важко відокремити один від одного.

У психотерапевтичному процесі з дитиною неможливо відокремити психотерапію від психокорекції та розвитку. Психотерапія завжди в якійсь мірі виконує корекційну функцію, оскільки будь-яка проблема, навіть особистісна, затримує або відхиляє розвиток в тій чи іншій сфері. Будь-яке вирішення проблеми, звільнення від неефективних захистів і т.п. відкриває шлях до розвитку. У той же час психокорекція, виправлення якихось функцій або дефектів ведуть до підвищення самооцінки, самоприйняття, тобто мають психотерапевтичний ефект.

9. Дитяча психотерапія завжди в тій чи іншій мірі інтегративна, в ній більше перетинів і запозичень методів і технік, ніж в психотерапії дорослих.

Говорячи про спільні позиції в різних підходах до дитячої психотерапії, доречно, на наш погляд, звернутися до позиції сучасного психоаналітика Д. Стерна. Визнаючи відмінності в психотерапевтичних підходах (за історичними, теоретичними і практичними аспектами), він виділяє загальні, фундаментальні аспекти (спільності) психотерапії.

- Природа системи «батьки – дитина», на яку впливає психотерапевт.

- Конкретна природа трансферу (перенесення) у цій області порушень. «Навіть ті підходи, які далекі від психоаналізу, враховують це явище в якості союзника, що означає позитивний трансфер, який сприяє роботі терапевта». На думку Д. Стерна, всі терапевтичні підходи створюють трансфер, незалежно від намірів в цьому напрямку. І хоча роль трансферу в різних підходах різна, у всіх підходах використовується його позитивна сторона.

- Вертикальна розробка проблем в контексті розвитку. На думку Д. Стерна, при роботі з дорослими головна проблема пацієнта «проробляється» майже одночасно в різних областях, в усіх сферах його життя, тобто проблеми розглядаються горизонтально в часі. Якщо ж мова йде про проблеми дитини або про проблеми стосунків батьків і дитини, то їх не можна розробляти горизонтально у часі, так як області, в яких розгортаються здібності дитини, тобто області заломлення проблеми, виникають послідовно в часі, у міру вікового розвитку дитини.

- Відносний акцент на здорові і позитивні аспекти досвіду дитини і батьків та їх взаємодії, акцент на напрямки змін у ході терапевтичного процесу.

Розгляд моделі відносин «батьки – дитина – терапевт» як деякої системи, в якій елементи знаходяться в динамічному взаємозв'язку, дозволяє говорити про те, що будь-яка психотерапевтична процедура, спрямована на зміну одного елемента, буде модифікувати всю систему. Тому, з точки зору Д. Стерна, різні теорії відрізняються одна від одної, але в той же час ґрунтуються на одній функціональній системі і, отже, «різні терапевтичні підходи являють собою лише різні точки введення в одну й ту ж систему».

Перераховані вище позиції, що відображають специфіку дитячої та підліткової психотерапії по відношенню до психотерапії дорослих, є основними принципами дитячої та підліткової психотерапії. До

цього слід додати ще кілька загальних принципів індивідуальної дитячої психотерапії, які формулює М. Раттер.

- Насамперед, необхідність ретельної оцінки психологічних проблем дитини.

- У психотерапії з дітьми та підлітками важливо враховувати не тільки сімейне оточення, але і більш широкий соціальний контекст, в першу чергу – характер взаємодії з однолітками. В останні роки саме взаємодія з однолітками виявляється найбільш вразливою зоною, яка зумовлює виникнення проблем у дітей.

- Реалізація індивідуального підходу, врахування індивідуальності дитини, зокрема, її здатності виражати і проговорювати емоції, є важливим принципом психотерапії. Всі дані про закономірні риси, симптоми або властивості повинні бути переплавлені в уявлення про індивідуальний прояв всіх цих загальних закономірностей в реальній поведінці або психологічному образі людини, з якою проводиться психотерапевтична робота.

- Мова терапевта повинна бути адекватна розвитку дитини. Доцільно використовувати метафори дитини, щоб бути впевненим у тому, що вона зрозуміла психотерапевта. Це важливо, оскільки діти вдаються до метафор, як правило, в тих ситуаціях, коли наближаються до дуже сильних негативних почуттів і переживань, які їм важко переносити і про які вони не можуть говорити прямо.

- Мова психотерапії – це не тільки вербальна мова, але й невербальна комунікація.

- Краще зупинятися на почуттях дитини, а не на конкретних обставинах, концентруватися на позитивних моментах і конструктивних способах вирішення проблем, а не на невдачах.

- Ставлення до дитини як до особистості зі своїм унікальним досвідом життя, що володіє певною автономією, здатної до управління своєю діяльністю, до справжніх почуттів і переживань.

Багато досліджень показують, що результати психотерапії з дітьми часто більшою мірою залежать не від застосованого психотерапевтичного підходу, а від особистості психотерапевта. Так, згідно М. Раттер, «психотерапевти, працюючи із захопленням і ентузіазмом», зазвичай досягають більшого успіху, ніж байдужі і налаштовані песимістично. Наприклад, дослідження клієнт-центрованих психотерапевтів показали, що найбільш ефективними є ті з них, які більше співпереживають почуттям і емоціям своїх клієнтів.

Намагаючись виділити особистісні якості, необхідні дитячого психотерапевта, ми звернулися до робіт трьох відомих дитячих психотерапевтів, що представляють різні психотерапевтичні підходи – Г. Лендрета і Х. Джінотта. У результаті узагальнення їх уявлень про те, яким повинен бути дитячий психотерапевт, про його особистісних і професійних якостях, вийшов наступний «портрет». Отже, дитячий психотерапевт:

- здатний до емпатії, здатний відгукуватися щиро і точно на внутрішній світ дитини;
- повинен володіти вірою і оптимізмом, бути зацікавленим;
- повинен бути достатньо гнучким, щоб прийняти будь-які несподіванки і адаптуватися до них, повинен бути відкритим до всього нового;
- повинен бути сильним, щоб дитина могла відчувати себе в безпеці поряд з ним. Настільки в безпеці, кажучи словами Р. Лендрета, що дитина «ризикне бути самою собою»;
- повинен бути терплячим, врівноваженим і витриманим. Йому необхідно особисту мужність у ситуаціях, коли дитина перевіряє межі відносин, щоб визнавати свої помилки, дозволити собі бути уразливим, бути чутливим до емоційних переживань дитини;
- повинен розуміти, коли слід відступити, повинен розуміти межі своїх можливостей, межі психотерапевтичної допомоги;
- повинен володіти важливою для дитячого психотерапевта якістю – почуттям гумору, вмінням побачити смішне в тому, що здається смішним дитині;
- повинен поважати батьків, не повинен ідентифікуватися тільки з дитиною;
- повинен любити дітей, але не повинен за рахунок дитини задовольняти свої потреби в любові. Діти не можуть отримати допомогу від терапевта, який має потребу в них для підтримки власного Его;
- не повинен приймати роль люблячого батька. Зайве «наближення» може збільшити тривогу у дитини, особливо у звиклого до відштовхування. Зайва залученість терапевта в терапевтичний процес може придушити ініціативу дитини;
- повинен активно опрацьовувати власну особистість, щоб звести до мінімуму можливі проєкції на дитину своїх емоційних реакцій і потреб. Психотерапевт повинен сам володіти душевним здоров'ям.

«Навіть найдосвідченіший терапевт повинен приступати до кожного нового випадку з обережністю, захопленістю і невпевненістю дослідника, перевіряючого нову гіпотезу».

3. Опора на психологію розвитку в процесі психотерапії.

Чому ж так важливо враховувати психологію розвитку в психотерапії з дітьми та підлітками? Спробуємо відповісти на це питання.

1. Насамперед, це важливо для діагностики: щоб зрозуміти проблему дитини, необхідно знати, на якій стадії розвитку вона знаходиться, що характерно для цієї стадії, знати психологічні особливості вікового періоду, розуміти, чи відповідає розвиток дитини нормативам віку.

2. Знання закономірностей і законів розвитку дозволяє зрозуміти, в якому напрямку йде розвиток, і враховувати це у психотерапевтичному процесі. Психотерапевт повинен орієнтуватися на те, якою дитина повинна бути через якийсь час, не повертати дитину до того моменту, коли у неї виникли проблеми або порушення, а вести її до реального віку. У той же час, як зауважує Ю. С. Шевченко, деякі аспекти терапевтичної роботи можуть здійснюватися по відношенню до завдань, що знаходяться в зоні найближчого розвитку, в координатах «незабаром-і-поблизу».

3. Суб'єктивна тяжкість розладу або проблеми залежить від віку та рівня розвитку дитини. Очевидно, наприклад, що ставлення дитини до таких розладів, як енурез чи мовні проблеми, їх вплив на життя дитини змінюється з віком. Так, якщо денний або нічний енурез у дошкільному віці є проблемою переважно для близьких, то шкільному віці це хворобливо переживається дитиною, загрожує стосункам з однолітками, страхом перед школою, відмовою відвідувати її і т.д. Крім того, прогноз розвитку розладу пов'язаний з віком, в якому він з'явився. Деякі проблеми або порушення мають тенденцію слабшати з віком і, можливо, не вимагають втручання.

4. Необхідно враховувати чинники й зони ризику. Так, наприклад, в ранньому віці факторами ризику не є розрив симбіотичної зв'язку з матір'ю або занадто жорстке навчання гігієнічним навичкам. У дошкільника фактором ризику може бути відсутність батьківської фігури, а зоною ризику – формування статевої ідентичності. У молодшого школяра зоною ризику є шкільна успішність і формування на цій базі самооцінки, а факторами ризику можуть бути інтелектуальна неготовність до школи, симбіотичний

зв'язок з матір'ю, її гіперопікаючою поведінкою, відносини з учителем або з однолітками. У підлітка спілкування з однолітками є і зоною ризику, і ресурсом.

5. Необхідно враховувати сензитивні періоди, протягом яких сприйнятливість дитини до того чи іншого типу впливів навколишнього середовища максимальна. У ці періоди відповідні впливи сприймаються дитиною найбільш повно і включаються до її індивідуального досвіду. Все, що пропущено і не сформовано в сензитивний період розвитку, на наступному віковому етапі не компенсується, оскільки відповідна функціональна система закривається, втрачає свою пластичність, «змикається», як стулки раковини. Врахування сензитивних періодів актуалізує ресурси дитини. Так, наприклад, дошкільник сензитивний до розвитку уяви, молодший школяр – до пізнавальної діяльності, у підлітка такою сферою є самосвідомість, сензитивність до самозмін.

6. У міру дорослішання у індивіда змінюється чутливість до різних шкідливих впливів, змінюються і зони уразливості, зони ризику.

7. У дітей інша тимчасова перспектива, ніж у дорослих. Як зазначає Х. Ремшмідт, «очікування кращого майбутнього» дається їм з важкістю. З дітьми це завжди робота «тут-і-тепер».

8. Для різних вікових етапів існують різні стратегії підтримки у важких ситуаціях. Наприклад, дошкільнята знаходять підтримку в грі, фантазуванні, а підлітки, як правило, шукають підтримку в спілкуванні з однолітками, у групових діях.

9. Надзвичайно важливою є відповідність методів психотерапії віку дитини, її індивідуальних особливостей і проблемі. Так, якщо говорити про відповідність віку, то найбільш адекватним методом психотерапії в дошкільньому і молодшому шкільному віці є гра та малювання.

Звернення до психології розвитку набуває особливої значущості для психоаналітично (психодинамічно) орієнтованої психотерапії, що обумовлено і самою структурою психотерапевтичної ситуації, і рухом психотерапевтичного процесу. Взаємодія психотерапевта і пацієнта в ході психоаналітичної психотерапії відтворює ранні стосунки матері (значимого особи) і дитини. Отже, розуміння особливостей ранньої взаємодії може допомогти терапевту виявити ці моменти в психотерапевтичному процесі, зрозуміти почуття дитини, що виникають в перенесенні, і свої почуття контрпереносу.

Відтворення в психотерапевтичній ситуації, у відносинах «психотерапевт – пацієнт» ранніх відносин матері і дитини особливо яскраво описано у Д. Віннікотта.

Згідно Л. С. Виготського, центральною для дитячої психології та психологічної практики є проблема віку. Як зазначає Г. В. Бурменська, створивши концепцію віку, Виготський ввів нову одиницю аналізу дитячого розвитку – цілісні вікові періоди розвитку. Виділення цієї «макрододиниці» аналізу, по суті, заклало підґрунтя сучасної консультативної практики, зумовило розуміння того, що «окремі явища психологічного розвитку повинні розглядатися в контексті поняття віку».

Як відомо, Виготський визначав вік через соціальну ситуацію розвитку і психологічні новоутворення віку. Новоутворення віку підкоряються загальним закономірностям розвитку, але при цьому вони виникають в якісно специфічній формі.

4. Організація і структурування психотерапевтичного процесу з дітьми та підлітками.

1. Початковий етап психотерапії – виявлення і формулювання проблеми

Психотерапія, як правило, починається з звернення батьків до психотерапевта.

На початковому етапі психотерапії з дитиною психотерапевт встановлює контакт з дитиною і сім'єю, збирає необхідну інформацію, виявляє проблему, розробляє план терапевтичної роботи і формулює рекомендації для сім'ї. Таким чином, початковий етап психотерапії – найважливіший «діагностичний інструмент», що дозволяє зібрати інформацію, на основі якої терапевт приходить до висновку про необхідність терапії для дитини і розробляє терапевтичний план.

Вступна співбесіда, за моделлю К. Бремс, незалежно від того, скільки зустрічей їй буде відведено, обов'язково включає наступні підетапи:

- перша зустріч з родиною (співбесіда з усією родиною у повному складі);
- вступна співбесіда з батьками;
- співбесіду з іншими членами сім'ї (якщо необхідно);
- вступна співбесіда з дитиною (пацієнтом);
- завершальний етап, присвячений зворотного зв'язку (передбачається, що на цьому етапі також присутня вся сім'я).

Вступна співбесіда в розглянутому варіанті дає терапевту унікальну можливість вступити у взаємодію з усіма значущими для дитини людьми, побачити дитину в процесі реального спілкування зі своїм оточенням, дозволяє отримати інформацію про взаємини в родині і про ставлення до проблеми.

Це, з нашої точки зору, якась «ідеальна» модель. Її часом важко здійснити в наших умовах, оскільки до консультанта або психотерапевта, як правило, приходять або мати з дитиною (якщо тільки мова не йде про сімейною системою психотерапії), або мати, батько і дитина, але це буває нечасто.

Завданнями вступної співбесіди є:

- збір інформації про дитину і її оточенні;
- встановлення відносин, які є основою робочого союзу терапевта з дитиною і батьками;
- початок подолання опору батьків і дитини, зняття у дитини і батьків тривоги, пов'язаної з психотерапією;
- створення мотивації дитини і сім'ї до психотерапії;
- інтегрування і концептуалізація уявлення про проблеми сім'ї і її динаміки, надання родині рекомендацій.

Після завершення вступної співбесіди терапевт повинен мати інформацію про пропонованій проблемі, про сімейні стосунки, подружніх стосунках батьків, ситуації дитини в школі чи дитячому садку, його відносинах з однолітками, про історію розвитку дитини та її інтересах. Інформація про проблему (найчастіше це не єдина проблема) повинна містити відомості про те, коли проблема виникла, де і як вона проявляється, як вона впливає на дитину і сім'ю. Розглянемо окремі етапи введеного співбесіди.

Одним із центральних завдань цього етапу є робота з опором батьків, хоча, звичайно, ця робота починається вже на етапі зустрічі з усією родиною.

Причини опору батьків:

1. Батьки можуть чинити опір психотерапії, оскільки не хочуть допускати вторгнення сторонньої людини (психотерапевта) в свій простір.
2. Вони можуть не усвідомлювати тяжкості симптоматики дитини.
3. У разі якщо замовником терапії була школа, тобто якщо батьки прийшли на терапію але рекомендації вчителя або

адміністрації школи, вони можуть відчувати себе приниженими цим фактом.

4. Оточення сім'ї (родичі) перешкоджають тому, щоб сім'я зверталася за допомогою.

5. Батьки відчують почуття провини, оскільки «не впоралися» зі своєю батьківською роллю, але намагаються це почуття витіснити.

6. Причинами опору є культурні стереотипи, упередження і особистісні особливості батьків.

7. Оскільки батьки сприймають дитину як продовження себе (частково усвідомлено, частково несвідомо), визнання того факту, що у дитини є проблеми, завдає удару по їх нарцистичним почуттям.

8. Батьківське самолюбство може бути уражене і тим, що терапевт, можливо, зуміє, а вони самі не змогли допомогти дитині.

У зв'язку з тривогою і почуттям провини, які свідомо і несвідомо відчують батьки, важливо, щоб вони відчули підтримку і схвалення психотерапевта, відчули себе хорошими батьками, оскільки зробили такий важливий крок – звернулися за допомогою до нього.

Співбесіда тільки з батьками сприяє підтримці адекватних кордонів між батьками і дитиною. Під час бесіди з батьками важливо пам'ятати, що психотерапевт (консультант) одержує не об'єктивну, а суб'єктивну картину – поведінка дитини в сприйнятті батьків. Проблема, заявлена батьками, може не відповідати реальній проблемі дитини. Наприклад, за шкільною неуспішністю можуть стояти непрості відносини з однокласниками або вчителем, складні стосунки в родині, не відбулася сепарація дитини від матері, а не проблеми, пов'язані з розумовим розвитком, які пред'являють батьки.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення дитячо-юнацькій психотерапії.
2. Окресліть специфіку психотерапії з дітьми та підлітками.
3. Які відмінності між дитячою та підлітковою психотерапією і психотерапією дорослих?
4. Які ключові опори на психологію розвитку здійснює терапевт?
5. Назвіть структуру співбесіди психотерапевта з батьками.

ЛЕКЦІЯ № 10

Сімейна психотерапія

Мета: розглянути предмет вивчення сімейної психотерапії та основні їх завдання, визначити теоретичні та методологічні проблеми сімейної психотерапії та сімейного консультування, ознайомитися з етапами сімейної психотерапії та сімейного консультування;

План

1. Сутність сімейної психотерапії.
2. Напрямки сімейної психотерапії.

1. Сутність сімейної психотерапії.

Сімейна психотерапія – це особливий вид психотерапії, який спрямований на корекцію міжособистісних стосунків; модифікацію стосунків між членами сім'ї, як системи, за допомогою психотерапевтичних й психокорекційних методів з метою подолання негативної психологічної симптоматики і підвищення функціональності сімейної системи. Мета сімейної психотерапії передбачає усунення емоційних розладів в сім'ї, або найбільш виражених розлади в одного із членів родини.

У сімейній психотерапії психологічні симптоми і проблеми розглядаються як результат неоптимальних, дисфункційних стосунків членів сім'ї. Сімейна психотерапія реалізує інтерперсональний підхід щодо вирішення проблеми, і задача психотерапевта, відповідно, полягає в тому, щоб змінити за допомогою відповідних впливів сімейну систему у цілому.

У даний час виділяють декілька основних напрямів сімейної психотерапії:

- психодинамічна;
- системна і стратегічна.

В ході сімейної психотерапії, тривалість якої може коливатися від кількох тижнів до кількох років, виділяють ряд етапів. Тривалість сімейної психотерапії обумовлюється важкістю психічних розладів у носія симптому, вираженістю міжособистісних конфліктів в сім'ї, мотивацією членів сім'ї до досягнення терапевтичних змін.

Найчастіше в процесі сімейної психотерапії виділяються 4 етапи:

- 1) діагностичний (сімейний діагноз);

- 2) ліквідація сімейного конфлікту;
- 3) реконструктивний;
- 4) підтримуючий.

Під *сімейним діагнозом* розуміється типізація порушених сімейних стосунків із урахуванням індивідуально-особистісних властивостей членів сім'ї і характеристик хвороби одного із них. Діагностика сімейних стосунків здійснюється в процесі приєднання психотерапевта до сімейної групи, який висуває і перевіряє проблемні діагностичні гіпотези. Особливість процедури сімейної діагностики полягає в тому, що вона носить наскрізний характер, тобто супроводжує сімейну психотерапію на всіх етапах і зумовлює вибір психотерапевтичної техніки. Інша особливість діагностики сімейних відносин полягає в стереоскопічному характері. Це означає, що у випадку, якщо інформація про те, що відбувається надходить від одного з членів сім'ї, на односторонніх зустрічах, то вона повинна співставлятися з інформацією від інших членів сім'ї. Також враховується загальне враження психотерапевта на підставі розпитування і спостереження за поведінкою учасників процесу психотерапії («сім'я очима дитини», «сім'я очима батьків», «сім'я очима психотерапевта», «які ми насправді»).

На другому етапі сімейної психотерапії вивчається *кларифікація витоків сімейного конфлікту*, відбувається його ліквідація за допомогою емоційного відреагування кожного члена сім'ї, який залучений в конфлікт, встановлюється адекватний контакт із психотерапевтом. На цьому етапі психотерапевт стимулює учасників конфлікту говорити зрозумілою для всіх мовою. Окрім того, він бере на себе роль посередника і передає інформацію про конфлікт від одного члена сім'ї до іншого. На цій стадії основними є такі психотерапевтичні методи, як недирективна психотерапія, що спрямована в основному на вербалізацію неусвідомлюваних відносин особистості, а також спеціально розроблені методи впливу членів сім'ї один на одного.

На етапі *реконструкції сімейних відносин* здійснюється групове обговорення актуальних сімейних та родинних проблем окремо взятої сім'ї, або тих клієнтів, які мали подібні актуальні сімейні та родинні проблеми. Одним із ефективних методів є рольовий поведінковий тренінг у поєднанні з навчанням правил конструктивної суперечки.

На *підтримуючому етапі*, або *етапі фіксації*, в природних сімейних умовах закріплюються навички емпатійного спілкування і

збільшується діапазон рольової поведінки, набуті на попередніх етапах психотерапії, заслуховуються відповіді щодо динаміки внутрішньо сімейних відносин, проводяться консультації і корекція набутих навичок спілкування стосовно реального життя.

Виділення етапів дозволяє структурувати процес сімейної психотерапії, обґрунтовує послідовність застосування тих або інших психотерапевтичних методів залежно від цілей і об'єму діагностичної інформації. Поняття «етап сімейної психотерапії» і «вибір адекватної психотерапевтичної методики» – взаємозв'язані між собою явища. Найчастіше в сімейній психотерапії застосовуються психотерапевтичні прийоми групової психотерапії, як мовчання, уміння слухати, повторення (резюмування), сумарне повторення, уточнення (прояснення) і відображення емоцій, конфронтація, програвання ролей, створення «живих скульптур», аналіз цифрових записів.

Основною теоретичною базою сімейної психотерапії є принцип системності формування сімейних стосунків, тобто взаємодетермінованість окремих особистостей і міжособистісних стосунків, до якої відносяться стиль спілкування, характер взаємодії, тип виховання, з однієї сторони, й особистісні особливості членів сім'ї – з іншої. Сімейна психотерапія є методом який руйнує замкнений, постійно відтворюючий патологічний гомеостатичний цикл і створює конструктивні альтернативи сімейного функціонування.

Сутність сімейної психотерапії полягає у отриманні таких інформативних параметрів сімейної системи, як особливості взаємостосунків членів сім'ї, відкриті і приховані правила сімейного життя, сімейні міфи, сімейні межі, стабілізатори сімейної системи, історія сім'ї. Розглядаючи ці параметри сімейної системи психотерапевт розуміє певну історію становлення сім'ї. Для успішної психотерапевтичної роботи із сім'єю необхідні знання не лише про сьогоденний стан справ, який можна описати за допомогою цих параметрів, але й те, яким чином сім'я дійшла до такого стану.

2. Напрямки сімейної психотерапії.

Школа Упало Алто. Джей Хейлі, представник цієї школи, вважає, що відносини у родині визначаються результатом боротьби за контроль над іншими членами родини. Симптом – один із способів контролю над поведінкою оточуючих. На думку Дж. Хейлі завдання психотерапії полягає у наданні людям різних можливостей

конструктивної взаємодії з близькими та іншими. Лікувальний ефект сімейної психотерапії значно зростає, якщо терапевтичні сесії відвідують усі члени родини. Внеском Дж. Хейлі у сімейну психотерапію стали різноманітні директиви (завдання) членам родини. Такі завдання психотерапевт пропонує виконувати як під час сеансу, так і вдома. Ціль таких завдань передбачає зміну поведінки членів сім'ї; знаходження додаткових стимулів для побудови стосунків між психотерапевтом і членами родини; вивчення реакції членів родини при виконанні завдань; підтримку членів родини під час виконання завдання.

Дж. Хейлі використовував також метафоричні і парадоксальні завдання. Метафоричні завдання будувалися на пошуках аналогій між подіями і вчинками, які на перший погляд можуть видаватися різними. Парадоксальні завдання є інструкціями, які неприйнятні для членів родини, але в той же час змінюють їх поведінку у потрібному для психотерапії напрямку.

Іншою великою фігурою у школі У. Алто був М. Боуен, якого вважають одним із основоположників сімейної системної психотерапії у США. Теорія М. Боуена про системи сім'ї – це теорія про поведінку людини, яка розглядає сім'ю як емоційний елемент і використовує системи, що описують складні взаємовідносини у цьому елементі. Сім'я так глибоко впливає на думки, почуття і дії її членів, що дуже часто здається, наче люди живуть під одним «емоційним дахом». Людям потрібна увага, схвалення, підтримка, а також відреагування на потреби, очікування і кризи. Взаємозв'язок і здатність реагувати роблять функціонування членів сім'ї взаємозалежним. Зміна в функціонуванні однієї людини обов'язково призводить до відповідних змін у функціонуванні інших. Емоційна взаємозалежність є різною у різних сім'ях, але вона завжди присутня тією чи іншою мірою.

М. Боуен сформулював власну теорію і виділив вісім взаємопов'язаних концептів. Для цього він використовував системи мислення, щоб поєднати знання людини, як продукту еволюції, зі знаннями дослідження сім'ї. Основним припущенням М. Боуена є те, що емоційна система, яка розвивалася кілька мільярдів років, керує системами стосунків людей. Люди мають «розум», мову, складну психологію і культуру, але вони все ще роблять ті ж самі примітивні речі, що й інші форми життя. Емоційна система впливає на людську діяльність і є основною рушійною силою в розвитку клінічних

проблем. Знання того, як емоційна система працює в сім'ї, на роботі, і в соціумі відкриває нові, більш ефективні способи вирішення проблем у кожній із цих сфер.

Сімейна системна психотерапія вважається найбільш широко представленим, перспективним, терапевтично ефективним напрямком сімейної терапії. Окрім М. Боуена, яскравими її представниками є М. Сельвіні-Палаццолі. У системній сімейній психотерапії сім'я розглядається як цілісна система, яка прагне до збереження й еволюції сформованих зв'язків. Протягом усього існування сім'я проходить крізь закономірні кризи розвитку (вступ у шлюб, відділення від батьківських родин, вагітність, народження дитини, вступ дитини в дошкільні / шкільні установи, закінчення школи і вибір власного життєвого шляху, розрив з батьками, вихід батьків на пенсію і т.д.). Саме на цих відрізках свого існування сім'ї стає важко розв'язувати нові проблеми колишніми способами. Перед нею стає необхідність змінювати (ускладнювати) свої пристосувальні реакції. Основні кроки сімейної системної психотерапії виглядають наступним чином: 1) об'єднання психотерапевта з сім'єю, приєднання його до запропонованих родиною структури ролей; 2) формулювання психотерапевтичного запиту; 3) реконструкція сімейних стосунків; 4) завершення психотерапії.

Сімейна психоаналітична психотерапія. Метою психоаналітичної сімейної терапії є зміна особистості учасників психотерапії таким чином, щоб вони могли взаємодіяти як цілісні здорові особистості на основі теперішньої реальності, а не на основі неусвідомлених стосунків минулого. У даному напрямку використовуються такі техніки, як конфронтація, кларифікація, інтерпретація, переробка досвіду, покращення комунікативних здібностей, вільні асоціації.

Стратегічна сімейна психотерапія ще називається «проблемовирішуючою», «короткотривалою», тому що вона орієнтована на вирішення проблеми (К. Маданес, К. Уітекер, Дж. Хейлі). Психотерапевти цього напрямку не концентруються на особистостях членів родини, а звертають увагу на деталі симптому; досліджують фактори, що забезпечують стійкість проблеми, прагнуть виявити ту поведінку, яка підсилює проблему. Суттю стратегічного підходу є розробка стратегії для вирішення проблем, тому що зміни у сім'ї є важливішими, ніж розуміння причин порушення. Нормально функціонуюча сім'я (родина) – це та, яка уникає симптомів і здатна

функціонувати відповідно до вимог мінливих обставин. Сімейна поведінкова психотерапія основним принципом визначає підкріплення поведінки наслідком, тобто патерн поведінки чинить опір змінам у всіх випадках, окрім тих, коли виникають сприятливіші наслідки. Представників цього напрямку цікавить аналіз послідовності вчинків. За основу береться положення про те, що задоволеність у шлюбі значно більшою мірою обумовлена відсутністю взаємних фрустрацій, ніж обсягами наданих один одному задовольень. У даному напрямку використовуються такі техніки:

поведінковий тренінг батьків – підвищення компетентності батьків у питаннях виховання дітей, розпізнавання і модифікація патернів емоційно-поведінкового реагування; формування – досягнення бажаної поведінки невеликими порціями через послідовне підкріплення; жетонна система – використовує гроші як винагороду дітям за успішну поведінку; контрактна система – містить у собі угоду з батьками щодо зміни їхньої поведінки синхронно зі зміною поведінки дитини; обмін змінами за винагороду; переривання – покарання у вигляді ізоляції. Сімейна поведінкова психотерапія є одним із найпопулярніших методів із-за своєї простоти, хоча інколи терапевтичні зміни виявляються однобокими і короткочасними.

Сімейна комунікативна психотерапія ставить за мету змінити способи комунікації, чи «свідомі дії з метою змінення погано функціонуючих зразків інтеракції». Основними групами технік сімейної комунікативної психотерапії є: навчання членів родини правилам комунікації, аналіз й інтерпретація способів комунікації в родині, маніпуляція комунікацією у сім'ї за допомогою різних прийомів і правил.

Зазначені нами види сімейної психотерапії мають свою історію, вірування, теорію і практику, які увібрали в себе всю різноманітність людського буття. Кожен і з напрямків сімейної психотерапії спрямований на усунення існуючої проблеми, покращення сімейного та індивідуального функціонування використовуючи різноманітні техніки.

Питання для самоконтролю

1. Розкрийте суть сімейної психотерапії.
2. Яка мета сімейної психотерапії?
3. Назвіть етапи сімейної психотерапії, та розкрийте суть кожного із них.
4. Які ви знаєте основні напрямки сімейної психотерапії?

ГЛОСАРІЙ

Автономність – право клієнта брати участь у психотерапевтичному процесі на добровільній основі.

Актуалізація – вроджена потреба людини актуалізувати, зберігати і розвивати переживання, яка ініціює прагнення до творчості навчання і розвитку особистості.

Аспект відносин – вплив відносин між пацієнтом, його оточенням і психотерапевтом практикуючим психологом на результати психотерапії.

Базовий конфлікт особистості (у позитивній терапії) – ситуація, за якої концепції людини, її способи «знати» і «любити», прояви актуальних здібностей, типові способи реагування на проблеми, що сформувалися в певний період у минулому, починають суперечити актуальному досвіду.

Базово-позиційна група – група, яка функціонує на глибокому позасвідомому рівні та регулюється потягами і принципом задоволення; її активність зумовлена страхом та тривогою втрати власної ідентичності та автономії.

Безумовне позитивне ставлення – поняття центрованої на особистості терапії, яке означає, що будь який досвід суб'єкта не оцінюється іншою людиною як більш чи менш цінний для її позитивного ставлення.

Висхідні інтерпретації – техніка психоаналітичної терапії, яка передбачає проговорювання наявного глибинного матеріалу, його аналіз, прояснення пацієнтові зв'язку між цим матеріалом та його впливом на поведінку.

Витіснення процес – шляхом якого утримується у поза свідомому загрозливі пов'язані із забороненими потягами думки, образи та емоції.

Генограма – наочне зображення комплексної інформації про систему в сім'ї з використанням специфічних позначень і відповідної символіки.

Гуманістична психотерапія – напрям психотерапії представники якого зосереджуються на потенціалі людського розвитку, а життєві проблеми розглядають як блокаду почуттів.

Дитячо-юнацька психотерапія – комплекс корективних методів та психотерапевтичних впливів, які відповідають психічному розвитку дитини, послуговуються зрозумілою їй мовою і орієнтовані на ресурс.

Его (Я) – компонент психічного апарату, що відповідає за прийняття рішень, підпорядковується принципу реальності і метою якого є збереження цілісності організму шляхом відтермінування задоволення потягів до того моменту, коли з'явиться нагода досягнути розрядки відповідним безпечним способом або виникнуть належні умови у зовнішньому середовищі.

Его-дистонний опір – опір, який пацієнт усвідомлює як щось чужорідне і невластиве йому.

Его-психологія – теоретичний напрям психоаналізу, який відводить головну роль у функціонуванні психіки не потягам, несвідомому та інтрапсихічному конфліктам, а структурі Я (Его), котра відповідає за адаптацію особистості до реальності.

Его-синтонний опір – опір, не очевидний для пацієнта і заперечуваний ним.

Едипів комплекс – ніжне ставлення дитини до особи протилежної статі з батьківської пари та конкуренція з особою однакової статі.

Екзистенційна психотерапія – напрям психотерапії основою якого є екзистенціальна і феноменологічна філософія; життєві проблеми вона пояснює нестачею ясності розуміння умов людського існування.

Екзистенційна тривога – переживання, яке виникає на тлі особистого усвідомлення того, що кожна людина є самотньою у світі, змушена вступати в протиборство зі своєю смертністю та іншими обмеженнями, нескінченними викликами і плутаниною.

Емоційне обґрунтування – тип спотворення мислення, за якого людина думає, що щось має бути правдою бо має таке «відчуття» (насправді, вірить у це).

Емпатія – здатність точно і співчутливо розуміти переживання і почуття клієнта, їх значення для нього, сприймати з максимально можливою точністю внутрішню систему координат (стосунків) іншої людини (клієнта) з усіма її емоційними компонентами, водночас ніколи не відмовляючись від стану «начебто».

Єство – цілісне утворення, яке містить характеристики сприйняття Я, стосунків між Я та іншими життєвими аспектами, у тому числі цінностями, пов'язаними з різним досвідом.

Заохочення – спосіб підтримки клієнта у викладі ним власної історії, забезпечення плавної плинності бесіди.

Запит – потреба у психологічній допомозі, сформульована скаргах і бажаннях.

Захисна поведінка – відповідь організму на загрозу з метою збереження існуючої структури.

Ід (воно) – найстаріша структура людської психіки, змістом якої є психічні позасвідомі репрезентанти потягів: з одного боку – примітивні та витіснені, з іншого – успадковані інстинктивні аспекти особистості, що ніколи не стануть усвідомленими.

Ідеальне Єство (Ідеальне Я) – уявлення про те, яким індивід хотів би бачити себе в ідеалі, що є найбільш цінним для нього.

Ідентичність сім'ї – зміст цінностей, спрямувань, очікувань, тривог та проблем адаптації, які поділяють члени сім'ї і доповнюють у процесі виконання сімейних ролей.

Інвентаризація – етап позитивної психотерапії спрямований на пошук і аналіз внутрішніх складових конфлікту.

Інконгруентність – психологічний феномен, наявність відмінностей між усвідомленням досвідом і його вираженням.

Інсайт – вид пізнання, який приводить до негайного рішення або нового розуміння існуючої проблеми.

Інтерпретація – процес надання додаткового значення чи нового пояснення певним внутрішнім переживанням чи зовнішнім діям клієнта або пов'язування між собою розрізнених ідей, емоційних реакцій і вчинків, побудова причинно-наслідкового зв'язку між психічними явищами.

Кататимно-імагінативна психотерапія – цілісна ієрархічна побудована система методів, яка забезпечує практичний супровід сновидінь наяву та їх теоретичне осмислення в межах концепції класичного і сучасного психоаналізу.

Класична психодрама – терапевтичний груповий процес, у якому використовується інструмент травматичної імпровізації для вивчення внутрішнього світу клієнта.

Класичний психоаналіз – довгострокова інтерпретативна терапія, спрямована на усвідомлення пацієнтом витіснених інтрапсихічних конфліктів.

Клієнт – людина або група, що має певну проблему та прагне полегшити свої страждання; той, хто здатний взяти на себе відповідальність і приймати власні рішення у сприятливій атмосфері, забезпеченій терапевтом.

Когнітивна і поведінкова терапія – напрями психотерапії, які спираються на теорії навчання і когнітивну психологію, джерело життєвих проблем вбачають у неправильному навчанні та мисленні.

Конгруентність – якість особистості, яка відображає ступінь узгодженості між тим що комунікується, переживається, та існуючим у досвіді.

Контрольована регресія – процес регресії пацієнта, який здійснюється під наглядом терапевта і дає змогу пацієнту в уяві повернутися до тих подій свого життя, які передували певному конфлікту.

Контртрансфер (контрперенесення) – викликані перенесенням пацієнта зворотній переживання, емоції та реакції психоаналітика.

Конфронтація – демонстрація пацієнтові суперечностей та невідповідностей аспектів асоційованого матеріалу; привертання увагу до фактів раніше неусвідомлюваних пацієнтом, незважаючи на їхню суперечливість.

Концепції – когнітивно-емоційні структури, які задають людині схему інтерпретації її ставлення до себе, до інших та до оточення.

Латентні смисли – позасвідомі змісти групової комунікації.

Метафори – розпливчасті концепти широкого змісту, за допомогою яких передають різноманітні, часто індивідуальні відтінки сенсу, які використовуються для структурування досвіду, здобутого певною школою психотерапії.

Метод вільних асоціацій – метод психоаналітичної психотерапії, за якого пацієнту під час сеансу пропонують розповідати аналітику всі без винятку думки, почуття, спогади, фантазії, нічого не вибираючи і нічого не опускаючи у розповіді, навіть якщо ця інформація видається пацієнтові не доречною, смішною, неприємною.

Метод психотерапії – певна техніка здійснення психотерапії; визначальні умови які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей; інструмент, що використовується у психотерапевтичному процесі; терапевтичній інтервенції (втручання), які можна розглядати у параметрах стилю (директивний чи не директивний) або параметрах форми (переконання пояснення та ін.).

Метод рамок – метод дослідження для оцінювання психопатологічних симптомів терапевтичного процесу та результату лікування.

Модифікація поведінки – техніка поведінкової психотерапії, спрямована на зміну небажаної поведінки, за якої позитивна поведінка (позитивно зміцнена) буде частіше повторюватись, ніж поведінка, яку не зміцнюють.

Надавання значення – суб'єктивна інтерпретація певної ситуації, а також відносин між особою та ситуацій ним контекстом.

Надмірне узагальнення – тип спотвореного мислення, коли особа вважає, що якщо у неї щось одне не вийшло, то і все решта немає сенсу.

Надреальність – уявний простір, де можуть розгортатися події, які ніколи не відбувалися, звучати думки, які дотепер ніхто не висловлював, або програвати ситуації, які вже ніколи не виникнуть.

Наративна терапія – напрям психотерапії, орієнтований допомогти людині відокремити себе від домінуючого культурного наративу, котрій вона інтерналізує, аби відкрити простір для альтернативних історій про своє життя.

Научіння – набуття нових реакцій чи запам'ятовування раніше невідомих подразників.

Невроз перенесення – сукупність реакції перенесення, за якої аналіз та аналітика стають центром емоційного життя пацієнта, а його невротичний конфлікт знову оживає в аналітичній ситуації.

Неспричинення шкоди – принцип психотерапії, що зобов'язує фахівця не зловживати довірою клієнта (пацієнта) з метою задоволення власних потреб та інтересів – соціальних, фінансових, емоційних чи сексуальних.

Нодалність – характеристика групового процесу, яка відображається у залученні учасників до групової взаємодії.

Об'єкт потягу – особа, стосовно якої потяг може досягнути своєї мети – енергетичної розрядки.

Опір – протидія і спротив перетворенню позасвідомих процесів на усвідомленні, що проявляється як перешкода на шляху потоку асоціацій та психоаналітичного процесу загалом.

Обмін ролями – техніка психодрами, під час якої протагоніст грає Іншого, а допоміжне Я виконує роль протагоніста.

Організмична оцінка – оцінка певного досвіду (переживань), що ґрунтується на тих відчуттях, які у зв'язку з цим досвідом виникають на рівні організму, і на тому якого значення надають цим відчуттям.

Парадоксальний припис – варіант терапевтичної інтервенції, який використовують, коли сім'я у своєму запиті до терапевта має власний парадокс, на якій терапевт також відповідає парадоксом.

Передсвідоме – проміжна зона психіки, яка містить ті психічні продукти, котрі є неусвідомлюваними у певний момент, проте легко згадуються за мінімальних зусиль або спонтанно.

Переживання – фундаментальний спосіб пізнання себе і світу, безпосередньо невербальне відчуття стосунків у світі, між Єством і світом, а також усередині Єства.

Персоналізація – тип спотвореного мислення, коли людина вірить у те, що вона є причиною негативних дій інших людей, і не бере до уваги імовірніших причин їхньої поведінки.

Пізнавальна піддатливість – схильність особистості до помилкових суджень (пізнавальних спотворень).

Пізнавальні спотворення – помилки у пізнавальному значенні ситуації, когнітивному опрацювання інформації особою.

Пізнавальні схеми – фундаментальні елементи психологічного функціонування, які відповідають за «надавання значення» особою щоденним життєвим ситуаціям і контролюють поведінку, емоції, увагу, пам'ять людини тощо.

Несвідоме – психічні структури і процеси, що недоступні до усвідомлення внаслідок діяльності витіснення.

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

Позиція технічної нейтральності – перебування психоаналітика на однаковій відстані від психічних сил, що беруть участь у внутрішньому психічному конфлікті пацієнта.

Поле досвіду (феноменальне поле) – події, сприйняття, відчуття, впливи, які людина, можливо, не усвідомлює, але могла б усвідомити, якби сфокусуватися на них; це поле унікальне для кожного індивіда.

Предмет психотерапії – психологічні проблеми психічно здорових та психічно нездорових людей, що перешкоджають їхньому особистісному, соціальному і духовному розвитку та благополуччю.

Привілей (як основа етичних принципів психотерапії) – законне право споживачів медичних і психотерапевтичних послуг не надавати про себе інформацію, що якщо не впевнені, що вона буде захищена і не буде використана.

Прийняття – здатність терапевта проявляти теплий і справжній інтерес до клієнта.

Принцип постійності – теоретичний принцип, згідно якого психічний апарат прагне підтримувати рівень збудження на якомога нижчому рівні.

Проективна ідентифікація (у теорії об'єктних стосунків) – механізм психологічного захисту, який дає змогу «вкласти» негативні частини себе в об'єкт (проекція) та одночасно ідентифікуватися з ними, переживаючи об'єкт як самого себе.

Протагоніст – учасник психодрами, який перебуває в центрі психодраматичної дії та упродовж сесії досліджує деякі аспекти своєї особи.

Процес-аналіз – техніка, за якої події, що відбувалися в психодрамі, досліджують з позиції теорії ролей і соціометрії, а також розглядають в їх внутрішньому взаємозв'язку та взаємозв'язку зі світом.

Прояснення змісту сновидіння – фокусоване дослідження аналітиком і пацієнтом усіх незрозумілих, суперечливих, загадкових деталей, сновидіння, відокремлення цих деталей від решти поданого матеріалу.

Психоаналітична психотерапія – напрями психотерапії, які розглядають життєві проблеми як наслідки неусвідомлених конфліктів та аспектів розвитку.

Психодрама – метод групової психотерапії, в якому використовують сценічну форму дії і драматургічного лексикону, що дає змогу проживати певні життєві ситуації.

Психосексуальний розвиток – біологічного детермінована послідовність розгортання вроджених інстинктивних програм, що активізуються починаючи з раннього дитинства за незмінним алгоритмом, притаманним всім людям.

Психологія самості – теоретичний напрям психоаналізу, ключова роль у якому належить внутрішній реальності пацієнта, котру аналітик пізнає за допомогою емпатії.

Психотерапевт – людина, яка має базову психологічну або медичну освіту та спеціальну психотерапевтичну підготовку в одній або кількох галузях психотерапії.

Психотерапевтичні стосунки – професійні стосунки, які виникають між психотерапевтом та клієнтом у процесі психотерапії та характеризуються наявністю договірних обов'язків між сторонами-учасниками, довіри та емпатії.

Психотерапевтичний процес – робота психотерапевта з клієнтом.

Психотерапія – сукупність концепцій, практично підтверджених методів, а також алгоритмів поведінки, які дають змогу надавати строго індивідуалізованого специфічну допомогу пацієнтам (клієнтам) на основі авторських преференцій психотерапевта.

Репресія – інконгруентність між усвідомленням і досвідом клієнта, що може відчуватися як дискомфорт, напруга, тривожність, внутрішня збентеженість.

Рефлекторні дії – автоматичні дії у відповідь на сигнали збудження.

Рольова гра – широко вживаний у психодрамі прийом, який полягає у виконанні будь-якої ролі у любительському уявленні.

Рольовий зворотній – зв'язок техніка психодрами, за якою партнери по черзі описують протагоністові відчуття, які виникали у них упродовж виконання призначених їм ролей, а також при зображенні протагоніста у разі обміну ролями.

Свідоме – думки та переживання усвідомлювані у певний момент.

Системна психотерапія – напрям психотерапії, у якому на підставі загальної теорії систем причини життєвих проблем вбачають у порушенні функції групи (як системи), до якої належить особа.

Сесія – окрема зустріч психотерапевта з клієнтом.

Сетинг – розклад психотерапевтичного процесу, кількість зустрічей на тиждень, їх тривалості термін лікування.

Симптоматична – поведінка широкий клас порушень, що охоплюють психічні симптоми, а також будь-яку поведінку, що має порівняно сильний вплив на інших людей, є мимовільною і не піддається контролю з боку клієнта.

Сімейна скульптура – техніка сімейної терапії, за якою відбувається символічне дійове зображення стосунків у сімейній системі.

Сімейні підсистеми – диференційована сукупність сімейних ролей, яка дає змогу вибірково виконувати певні сімейні функції, забезпечити життєдіяльність сім'ї.

Соцієтальність – вроджена характеристика людської свідомості, зумовлена інстинктивною потребою у єдності людської раси.

Соціограма – схема міжособистісних стосунків, що відображає спрямованість атракції, відкидання і байдужості в групі.

Супервізія – консультація психотерапевта із досвідченішим колегою щодо професійної діяльності загалом чи конкретних випадків.

Супер-Его (Над Я) – компонент особистості, що є інтерналізованою версією суспільних норм та стандартів поведінки.

Теорія об'єктних стосунків – напрям психоаналізу, що концептуально структурується навколо поняття «інтерналізовані об'єктні стосунки».

Терапевтичний альянс – контакт, у якому визначають сетинг і всі інші аспекти взаємин «терапевт – клієнт».

Трансфер – перенесення, процес і результат переміщення на аналітика переживань, уявлень, ставлень, форм поведінки неусвідомлено адресованих значущим особам із минулого досвіду клієнта.

Узагальнення – техніка орієнтованої на особистість терапії, сутність якої полягає у вираженні основної ідеї кількох мало пов'язаних між собою тверджень чи довгого заплутано висловлювання клієнта.

Форма психотерапевтичного впливу – організування і структура взаємодії терапевта і пацієнта у процесі реалізації того чи того методу психотерапії.

Клієнт-центрована психотерапія – комплекс підходів, які ґрунтуються на спільних теоретичних поглядах на природу людини і між людські стосунки: головне – це людина, а не її проблема; клієнт сам є експертом своїх переживань; клієнт здатний до самовизначення.

Шеринг – остання стадія психодраматичного групового процесу, під час якої всім учасникам групи пропонують поділитися своїми відчуттями, а також поміченою ними подібністю своїх переживань і життєвих ситуацій з переживаннями і життєвим досвідом протагоніста.

Я-концепція – частина переживань (досвіду) людини, яка становить модель відчуттів, уявлень та оцінок Я як суб'єкта і Я як об'єкта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості: Навч. посіб. Харків: ФОЛЮ, 1996. 239 с.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : «Свічадо», 2014. 410 с.
3. Гавриленко М. А. Психоаналітична психотерапія: навчальний посібник для самостійної роботи. М.А. Гавриленко. Х., 2020. 30 с.
4. Глива Є. Вступ до психотерапії: навчальний посібник. Острог-Київ: Вид-во «Острозька академія», вид-во «Кондор», 2009. 530 с.
5. Каліна Н. Ф. Психотерапія: підручник : Академвидав, 2010. 288 с.
6. Кривоніс Т. Г. Основи особистісної психотерапії. Навчально-методичний посібник. Київ : Видавничий дім «Слово», 2011. 192 с.
7. Михальченко Н. В. Психотерапія з психокорекційною роботою: навчально-методичний посібник. Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2018. 236 с.
8. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
9. Основи психотерапії : навч. посіб. К.В. Седих, О.О. Фільц, В.І Банцер та ін.; Київ :ВЦ «Академія», 2017. 192 с.
10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. В 3-х Т. Київ, 2018. 208 с.
11. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.
12. Психологічна деонтологія: етичні кодекси. Хрестоматія. Житомир, 2003. 64 с.
13. Психотерапевтичний практикум. Випуск 1. Класичний психоаналіз. Редактор-упорядник З.С.Карпенко. Івано-Франківськ: Гостинець, 2004. 60 с.
14. Сапольські Р. Чому зебри не страждають на виразку. Харків : Вид-во «Ранок»: Фабула, 2020. 400 с.
15. Фон Шліппе А., Швайцер Й. Системна психотерапія та консультування. Львів : ВНТЛ-Класика, 2004. .320 с.

16. Яценко Т. С., Чобітько М. Г., Доцевич Т. І. Малюнок у психокорекційній роботі психолога-практика (на матеріалі психоаналізу комплексу тематичних малюнків). Черкаси : Брама, 2003. 216 с.
17. Яценко Т. С. Архаїчний спадок психіки: психоаналіз феноменології проблеми : монографія. Дніпро : Інновація, 2019. 284 с.
18. Яцина О. Ф. Основи психотерапії: практикум : навчально-методичний посібник. Ужгород, 2021. 80 с.
19. Bowlby J. A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. Tavistock professional book. London: Routledge. 1988. 197 p.
20. Brisch K. H. Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy. 2nd Edition. (K. Kronenberg, Trans.). Guilford Press. 2012. 294 p.
21. Kerr M. One Family's Story: A Primer on Bowen Theory / Kerr M.
22. Larry A. Hjelle, Daniel J. Ziegler, Ziegler Hjelle. Personality Theories: Basic Assumptions, Research and Applications (3rd Edition). McGraw-Hill Education, 1992, .624 p.
23. Porges S.W. Pocket Guide to the Polyvagal Theory – The Transformative Power of Feeling Safe. W.W. Norton & Co. 2017. 288 p.
24. Washington, : Bowen Center for the Study of the Family Georgetown Family Centeri, 2004. 43 p.

Навчальне видання

ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ: КУРС ЛЕКЦІЙ

Видається в авторській редакції

Підписано до друку 25.09.2023 р. Формат 60х84/16.

Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10,0

Тираж 100 прим. Замовлення № 1867

Видавничо-поліграфічний центр «Візаві»

20300, м. Умань, вул. Тищика, 18/19

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2521 від 08.06.2006.

тел. (04744) 4-64-88, (067) 104-64-88

vizavi-print.jimdo.com

e-mail: vizavi008@gmail.com