

Міжнародний гуманітарний університет

**Поплавська Є.В.
Меленчук Н.І.
Єрмакова С.С.**

ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

Одеса - 2024

Поплавська Є.В., Меленчук Н.І., Єрмакова С.С. Конспект лекцій з дисципліни «Основи психотерапії» (Галузь знань – 05; Соціальні та поведінкові науки; Спеціальність – 053 Психологія; Освітній ступінь – Бакалавр) / Є. В.Поплавська, Н.І. Меленчук, С.С. Єрмакова; Міжнародний гуманітарний університет – О.: МГУ, 2024. 149 с.

Рецензенти:

Жтгалкіна Н.В. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки та психології Міжнародного гуманітарного університету.

Бикова С.В. – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри філософії, політології, психології та права Одеської державної академії будівництва та архітектури.

Конспект лекцій з дисципліни «Основи психотерапії» затверджений на засіданні
кафедри педагогіки та психології
(№ 1 від 29 серпня 2024 року)

Видання спрямоване закріпити та поглибити теоретичний навчальний матеріал з дисципліни «Основи психотерапії»; містять методичні вказівки до структури курсу, перелік питань до заліку; список рекомендованих джерел та додатки в якому подані критерії оцінювання за дисципліною. Також важливим результатом методичного видання є систематизація теоретичного навчального матеріалу з метою підвищення рівня засвоєння навчального матеріалу.

Зміст

Вступ	5
Програма навчальної дисципліни «Снови психотерапії».....	6
Структура навчальної дисципліни «Основи психотерапії»	10
Зміст лекцій з дисципліни «Основи психотерапії».....	11
ЗМІСТВОЙЙ МОДУЛЬ I. ВСТУП ДО ПСИХОТЕРАПІЇ	11
<i>Лекція 1. Психотерапія як суспільне явище. Поняття та предмет психотерапії</i>	<i>11</i>
<i>Лекція 2. Історичний нарис розвитку психотерапії як науки. Історія становлення</i>	<i>22</i>
<i>Лекція 3. Механізми, засоби та техніки психотерапевтичної роботи.....</i>	<i>27</i>
<i>Лекція 4. Особистість психотерапевта</i>	<i>35</i>
<i>Лекція 5. Проблема ефективності терапії: критерії та методи оцінки</i>	<i>44</i>
ЗМІСТВОЙЙ МОДУЛЬ II. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПСИХОТЕРАПІЇ	48
<i>Лекція 6. Особливості та методи психодинамічної терапії</i>	<i>48</i>
<i>Лекція 7. Трансактний аналіз</i>	<i>54</i>
<i>Лекція 8. Загальний підхід до терапії в гештальтпсихології.....</i>	<i>58</i>
<i>Лекція 9. Загальна характеристика методів клієнт-центрованої терапії.....</i>	<i>77</i>
<i>Лекція 10. Когнітивно-біхевіористичний напрямок психотерапії</i>	<i>85</i>
<i>Лекція 11. Тілесно-орієнтована терапія</i>	<i>101</i>
<i>Лекція 12. Нові підходи у психотерапії</i>	<i>114</i>
<i>Лекція 13. Особливості дитячої психотерапії.....</i>	<i>124</i>
<i>Лекція 14. Системна сімейна психотерапія.....</i>	<i>133</i>

Питання до екзамену з дисципліни «Основи психотерапії».....	138
Рекомендована література	141
Додатки	142
Додаток А. Види та методи контролю	142
Додаток Б. Оцінювання здобувачів вищої та фахової передвищої освіти за навчальну дисципліну у Міжнародному гуманітарному університеті.....	143
Додаток В. Критерії загальних результатів оцінювання знань здобувачів...	147

ВСТУП

Дисципліна «**Основи психотерапії**» посідає важливе місце в структурно-логічній схемі підготовки фахівців вищого рівня освіти за спеціальністю 053 «Психологія» і буде корисна майбутнім фахівцям при формуванні у них системи теоретичних знань та прикладних навичок щодо основних аспектів академічної доброчесності та організації наукового пошуку й набуття здобувачем основних компетенцій щодо проведення освітньо-наукової та професійної діяльності. Дисципліна охоплює всі тематичні блоки, що необхідні для формування у здобувачів сучасного професійного етичного мислення і системи спеціальних знань про базові поняття щодо фундаментальних основ академічної доброчесності та професійної етики. Ця дисципліна тісно переплітається з філософією, логікою, соціологією, етикою та складає підґрунтя для адекватного розуміння змісту багатьох дисциплін.

Навчальна дисципліна «**Основи психотерапії**» знайомить студентів із теоретичними засадами вітчизняних та зарубіжних підходів у психотерапії, ключовими концепціями та методами психологічної допомоги. В межах курсу розглядаються основні напрями психотерапії, їх теоретико-методологічні засади, механізми психотерапевтичного впливу, етичні принципи роботи психотерапевта.

Студенти отримують знання про особливості взаємодії клієнта та психотерапевта, етапи психотерапевтичного процесу, методи діагностики та аналізу психоемоційного стану особистості. Значна увага приділяється вивченню психологічних механізмів розвитку особистості, кризових станів та шляхів їх подолання за допомогою психотерапевтичних методів.

Опанування дисципліни передбачає розвиток навичок застосування психотерапевтичних технік, аналізу індивідуально-психологічних особливостей клієнта, вибору ефективних методів психокорекції відповідно до конкретних запитів. Студенти також знайомляться з методами саморегуляції, емоційної підтримки та профілактики професійного вигорання, що сприяє підвищенню рівня їх психологічної культури та професійної компетентності.

Мета викладання дисципліни. Курс "Основи психотерапії" покликаний сформулювати у студентів професійні знання і уміння у галузі надання психологічної допомоги, сприяти більш повному і глибокому розумінню основних вимог щодо процесу проведення психотерапії, психологічних понять і категорій, їх взаємозв'язку та взаєморозвитку, збагатити науковий світогляд студентів та їх психологічну культуру. Психотерапія – історично та культурно зумовлений термін, який на даний час позначає особливий вид міжособистісної взаємодії, при якому пацієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні виникаючих у них проблем і труднощів психологічного характеру. Завдання вивчення дисципліни. 1) сформулювати в студентів уявлення про сутність та основну проблематику психотерапії як окремого виду психологічної практики, а також про її місце і роль в сучасній психологічній практиці; 2) навчити студентів базовим технікам та стратегіям попередження

можливого психологічного неблагополуччя та надання психологічної допомоги у кризових ситуаціях, ситуаціях життєвого вибору та ін.; 3) ознайомити студентів зі специфікою організації та проведення психотерапії у різних видах сетінгу: індивідуальній, сімейній та груповій формах; дитячої психотерапії; 4) сформулювати уявлення про базові навички здійснення кризової інтервенції, супервізії.

Передумови для вивчення дисципліни. Для вивчення даного курсу здобувачам необхідні знання з дисциплін: «Загальна психологія», «Вікова та педагогічна психологія», «Психологія особистості», «Соціальна психологія», «Академічна доброчесність та професійна етика».

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ЗМІСТОВОЙ МОДУЛЬ I. ВСТУП ДО ПСИХОТЕРАПІЇ

Тема 1. Психотерапія як суспільне явище. Поняття та предмет психотерапії. Сутність, об'єкт і предмет психотерапії. Цілісний підхід до хвороб. Медична та немедична психотерапія. Види терапевтичної допомоги. Категорії психотерапевтичної практики. Проблемна та особистісна спрямованість терапевтичної допомоги. Формування запиту клієнта. Етапи психотерапевтичного процесу. Базові принципи та завдання психотерапії. Етичні засади терапевтичної роботи. Теоретичні основи психотерапії. Психологічні та психофізіологічні аспекти психотерапії. Суб'єкти психотерапії: типи клієнтів, їх характеристика. Особливості роботи психотерапевта з різними типами клієнтів. Фрустрація як об'єкт роботи психотерапевта. Невроз як об'єкт роботи психотерапевта. Характеристики неврозу. Основні стратегії роботи з фрустрацією і неврозами.

Тема 2. Історичний нарис розвитку психотерапії як науки. Історія становлення психотерапії, її предмет і завдання. Теоретичні основи психотерапії. Основні етапи становлення психотерапії в історії. Науковий статус сучасної психотерапії. Класифікація видів психотерапії. Варіанти класифікації систем, напрямків та методів психотерапії. Ф. Месмер, М. Кляйн, А.Фрейд, К. Юнг, Е. Еріксон, К. Роджерс та їх роль у розвитку психотерапії як науки. Основні напрями психотерапії в сучасному суспільстві.

Тема 3. Механізми, засоби та техніки психотерапевтичної роботи. Механізми психотерапевтичної дії в індивідуальній формі психотерапії. Механізми психотерапевтичної дії в груповій формі психотерапії. Механізми психотерапевтичної дії в сімейній формі психотерапії. Етапи структурування психотерапевтичної бесіди під час телефонного консультування. Прийоми емпатійного слухання в умовах дистанційної комунікації. Створення психологічно безпечного простору в розмові по телефону. Психологічні техніки

встановлення первинного контакту з клієнтом. Вербальні й паравербальні засоби підтримки у телефонному консультуванні. Утримання меж у розмові та уникнення особистісного втручання. Роль активного слухання: перефразування, уточнення, відображення почуттів. Особливості надання підтримки в кризових ситуаціях (паніка, агресія, суїцидальні наміри). Етичні норми і конфіденційність у роботі. Телефонну довіру. Завершення бесіди з клієнтом: підбиття підсумків і створення відчуття підтримки.

Тема 4. Особистість психотерапевта. Особистісні якості психотерапевта. Професійно значущі якості ефективного психотерапевта. Емпатія та здатність до співпереживання. Емоційна стабільність та стресостійкість. Відкритість та готовність до саморозвитку. Саморефлексія та критичність до власних дій. Професійні навички психотерапевта та їх формування. Етичність та відповідальність. Повага до особистості клієнта. Уміння встановлювати довірчий контакт. Професійна гнучкість та адаптивність. Навички активного слухання та невербальної комунікації. Здатність до постановки терапевтичних цілей. Знання різних методів психотерапії та їх застосування. Рефлексія власної практики та постійне навчання. Основні вимоги до психотерапевта. Наявність профільної освіти та сертифікації. Дотримання етичних норм професії. Постійне професійне вдосконалення. Етичні принципи психотерапевта. Конфіденційність та захист особистих даних клієнта. Повага до автономії клієнта. Уникнення конфлікту інтересів.

Тема 5. Проблема ефективності терапії: критерії та методи оцінки. Чинники, що визначають ефективність психотерапії. Очікування клієнта. Готовність клієнта до співпраці. Специфіка дії конкретних методів психотерапії.

ЗМІСТВОЙ МОДУЛЬ II. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Тема 6. Особливості та методи психодинамічної терапії. Психодинамічна концепція З. Фрейда. Положення та психотехніки. Базисні техніки: метод вільних асоціацій, аналіз сновидінь, інтерпретація, аналіз опору, аналіз переносу. Психодинамічна теорія Юнга. Психотерапевтичний процес, структура особистості, періоди життєвого циклу за Юнгом. Основні положення адлеріанського вчення. Особливості психотерапевтичного процесу. Поняття гуманістичного психоаналізу Фрома. Концепція К. Хорні. Мета характерологічного аналізу. Психотерапія міжособистісних стосунків Г. Селлівана.

Тема 7. Трансактний аналіз. Теоретичні основи трансактного аналізу: мета, завдання, основні теоретичні положення. Моделі его-станів за Е. Берном. Поняття про трансакції. Види трансакцій. Правила комунікації. Поняття про життєвий сценарій. Техніки психотерапевтичної роботи в трансактному аналізі.

Тема 8. Загальний підхід до терапії в гештальтпсихології. Теоретико-методологічні засади гештальттерапії. Поняття гештальту. Відкритий і закритий гештальт. Основні принципи гештальттерапії. Техніки. Базові цінності гештальттерапії. Поняття «цикл контакту». Зриви циклу контакту (опори в гештальті). Види захисних механізмів. Поняття про полярності. Основні методи роботи в гештальт-терапії. Терапевтичні стосунки в гештальттерапії. Групова гештальттерапія.

Тема 9. Загальна характеристика методів клієнт-центрованої терапії. Феноменологічний підхід як основа клієнт-центрованої терапії. Клієнтоцентрована терапія К. Роджерса: основні теоретичні положення. Вимоги до особистості психотерапевта у клієнтоцентрованій терапії К. Роджерса. Етапи психотерапевтичної допомоги за К. Роджерсом. Основні методи та техніки роботи у клієнтоцентрованої психотерапії. Стадії терапевтичного процесу: заблокованість внутрішньої комунікації, самовираження, саморозкриття, конгруентність, особистісні зміни. Базові психотехніки: установлення конгруентності, вербалізація, відображення емоцій. Групова психотерапія.

Екзистенційно-гуманістичний напрямок психотерапії. Мета, задачі та принципи екзистенційно-гуманістичного напрямку психотерапії. Екзистенційна психотерапія В. Франкла: основні теоретичні положення. Поняття самотрансценденції як провідної ідеї психотерапії В. Франкла. Основні принципи логотерапії. Методи логотерапії: дерефлексія та парадоксальна інтенція.

Тема 10. Когнітивно-біхевіористичний напрямок психотерапії. Когнітивно-біхевіористичний напрямок психотерапії: теоретичні засади та психотерапевтичні техніки. Загальна характеристика поведінкового напрямку в психотерапії. Основні поняття поведінкової психотерапії. Теоретичні основи поведінкової терапії. Цілі, вимоги до клієнта та терапевта у поведінковій психотерапії. Особливості методів поведінкової психотерапії. Когнітивний напрямок психотерапії: теоретичні засади та психотерапевтичні техніки. Раціонально-емотивна психотерапія: теоретичні засади та психотерапевтичні техніки. Раціонально-емотивна терапія. А. Елліса. Когнітивна психотерапія А. Бека. Психологічна допомога при емоційних розладах.

Тема 11. Тілесно-орієнтована терапія. Загальна характеристика напрямку. Мета, межі, результат. Мова тіла у традиційній обстановці. Тілесний діалог у розширеній обстановці. Метод і техніки роботи. Ідеї В. Райха – джерело тілесно-орієнтованої терапії. Підхід А. Лоуена до вирішення психологічних конфліктів. Техніки біоенергетичного аналізу. М. Фельденкрайз. Іда Ролф – рольфінг, Герда Бойсен – біодинаміка, Франц Александер - психосоматична медицина, Мэрион Розен - розен-метод. Танатотерапія. Крикотерапія. Музикотерапія.

Тема 12. Нові підходи у психотерапії. Постмодерністські ідеї в психотерапії. Емпіричні підходи в сучасній психотерапії. Нейролінгвістичне програмування. Критичний аналіз трансперсональної психотерапії С. Грофа. Холотропне дихання. Аверсивна терапія О. Довженко.

Тема 13. Особливості дитячої психотерапії. Основні поняття і принципи дитячої психотерапії. Теорія об'єктних відносин М. Кляйн і її розвиток. Школа Его-психології А. Фрейд. Гештальт-терапія з дітьми. Символдрама: кататимно-імагінативна психотерапія дітей. Ігрова терапія. Пісочна терапія.

Тема 14. Системна сімейна психотерапія. Сімейна терапія як теорія соціальної роботи. Напрями сімейної терапії (структурна сімейна терапія, стратегічний, когнітивно-біхевіористський, екзистенційний підхід). Теоретичні положення. Етапи процесу сімейної терапії. Техніки сімейної терапії.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ»

ЗМІСТВОЙЙ МОДУЛЬ І. ВСТУП ДО ПСИХОТЕРАПІЇ

ТЕМА 1. ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК СУСПІЛЬНЕ ЯВИЩЕ

План:

1. Психотерапія як суспільне явище
2. Поняття та предмет психотерапії
3. Види терапевтичної допомоги
4. Формування запиту клієнта
5. Базові принципи та завдання психотерапії
6. Етичні засади терапевтичної роботи
7. Суб'єкти психотерапії: типи клієнтів, їх характеристика
8. Невроз як об'єкт роботи психотерапевта

Текст лекції:

Психотерапія як суспільне явище

Психотерапія у сучасному світі вже давно вийшла за межі медичних або психіатричних кабінетів. Сьогодні вона виступає важливою складовою суспільного життя, адже пов'язана не тільки з індивідуальним благополуччям людини, а й із загальним соціальним здоров'ям.

Роль психотерапії в суспільстві багатогранна:

- Профілактична функція: психотерапія сприяє зниженню ризиків розвитку психосоматичних і психічних розладів, допомагає уникнути або пом'якшити наслідки стресу, емоційного вигорання, тривожних станів.
- Освітня функція: психотерапія формує культуру емоційної грамотності, сприяє розвитку самосвідомості, відповідальності за власний психічний стан.
- Соціальна інтеграція: через психотерапевтичну роботу знімаються бар'єри соціальної тривожності, покращується здатність до побудови стосунків, до адаптації у нових умовах.
- Допомога в подоланні криз: війни, економічні та політичні кризи, пандемії, природні катастрофи — усі ці події потребують надання психологічної підтримки значним групам людей. Психотерапія виступає важливим інструментом суспільної реабілітації.
- Внесок у розвиток психологічної культури: розвиток психотерапевтичної культури знижує стигматизацію психічного здоров'я, сприяє зростанню довіри до фахівців, формує запит на глибші цінності — рефлексію, емпатію, толерантність, співпереживання.

Психотерапія як суспільне явище також означає визнання права кожної людини на доступ до кваліфікованої психологічної допомоги. Суспільство, яке підтримує психічне здоров'я своїх громадян, демонструє високий рівень гуманізму, розвитку та стійкості.

Поняття та предмет психотерапії

Психотерапія – це науково обґрунтована система психологічного впливу, що застосовується для усунення або пом'якшення психічних розладів, гармонізації внутрішнього стану людини, покращення міжособистісних взаємин та сприяння особистісному зростанню. Це професійна діяльність, що вимагає глибокої спеціалізації, етичної відповідальності й міждисциплінарного мислення.

Предметом психотерапії є:

- психічні стани й процеси, які супроводжуються дистресом, стражданням або порушенням соціального функціонування;
- внутрішні конфлікти, що породжують симптоми, порушують життєвий баланс;
- механізми психологічного захисту, які не є ефективними або застарілими;
- система відносин клієнта до себе, до інших людей та до світу загалом.

Психотерапія не лише знімає симптоми, а й допомагає людині усвідомити глибинні причини її стану, навчитися нових способів взаємодії з собою і світом.

Психотерапія – це не просто лікування. Це процес глибинної трансформації особистості.

Сутність, об'єкт і предмет психотерапії

Сутність психотерапії полягає у впливі на особистість з метою досягнення її емоційного, психологічного та поведінкового оздоровлення. Вона завжди має діалогічну природу – це взаємодія двох суб'єктів, терапевта й клієнта, де основною умовою є довіра, емпатія та професіоналізм.

Об'єкт психотерапії – це людина в її цілісності, у контексті особистісного досвіду, психосоціальних зв'язків, життєвої історії, культурних уявлень і тілесних реакцій.

Предмет психотерапії включає:

- психологічні механізми дезадаптації,
- процеси емоційної регуляції,
- систему уявлень клієнта про себе і світ,
- індивідуальні способи переживання конфліктів.

Наприклад, при роботі з тривожністю предметом терапії можуть бути не самі по собі фізіологічні прояви (потовиділення, серцебиття), а ті психологічні смисли, що стоять за цими станами – страх бути неприйнятним, відчуття провини, страх майбутнього тощо.

Цілісний підхід до хвороб

У психотерапії використовується біопсихосоціальна модель, яка враховує взаємодію трьох рівнів функціонування людини:

- біологічного (тілесне здоров'я, генетика, нейрофізіологія),
- психологічного (мислення, емоції, установки, копінг-стратегії),
- соціального (взаємодія з іншими, соціальні ролі, культурні впливи).

Такий цілісний підхід дозволяє не редукувати проблему до окремого симптому, а аналізувати її як результат складної взаємодії між тілом, розумом та середовищем. Наприклад, у випадку панічних атак важливо врахувати не лише психогенний характер симптому, а й соматичний стан клієнта, його життєвий контекст, досвід втрат, перенесені травми.

Психотерапія виходить із того, що симптом — це мова, якою говорить душа, і завдання фахівця — розшифрувати цю мову, виявити зміст, що стоїть за тілесним чи емоційним проявом.

Медична та немедична психотерапія

У сучасній практиці розрізняють медичну та немедичну психотерапію, що визначаються за кваліфікацією фахівця, методами впливу та організаційним контекстом.

Медична психотерапія:

- Проводиться лікарями-психотерапевтами, які мають медичну освіту та спеціалізацію з психотерапії.
- Часто поєднується з психіатричним супроводом, призначенням медикаментів.
- Застосовується при тяжких клінічних випадках, психічних розладах, що потребують комплексного лікування.
- Є частиною державної системи охорони здоров'я.

Немедична психотерапія:

- Проводиться психологами або психотерапевтами без медичної освіти, однак з професійною підготовкою в одному або кількох психотерапевтичних напрямках.
- Спрямована на клієнтів без клінічної симптоматики або з легкими емоційними та адаптаційними розладами.
- Має гуманістичну орієнтацію, наголошує на розвитку особистості, підвищенні усвідомлення, автономії, рефлексії.

Обидва підходи можуть бути ефективними, однак важливо чітко розуміти межі своєї компетентності й за потреби скеровувати клієнта до інших фахівців.

Види терапевтичної допомоги

Психотерапія має різноманітні форми організації процесу, які адаптуються до потреб клієнта, контексту та типу запиту. Основні види допомоги включають:

1. **Індивідуальна психотерапія** – найпоширеніша форма, що передбачає роботу один на один. Дає можливість глибокого дослідження внутрішнього світу клієнта.
2. **Групова психотерапія** – включає декількох учасників та терапевта. Ефективна для роботи з міжособистісними проблемами, соціальними страхами, самооцінкою. Група виступає «дзеркалом» для кожного учасника.
3. **Сімейна психотерапія** – орієнтована на покращення взаємодії між членами сім'ї, дослідження патернів поведінки, міжпоколіннєвих сценаріїв.
4. **Парна терапія** – фокусується на відносинах пари, допомагає налагодити комунікацію, подолати кризи, уникнути повторення деструктивних моделей.
5. **Кризова інтервенція** – короткострокова підтримка при гострих психоемоційних станах, втратах, шоківих ситуаціях. Основне завдання – стабілізація.
6. **Психоедукація** – інформування клієнта про природу його проблеми, механізми регуляції, можливі рішення. Часто використовується при роботі з тривожністю, депресією, ПТСР.
7. **Онлайн-психотерапія** – все частіше використовується, особливо в умовах пандемії чи для роботи з клієнтами, які перебувають у віддалених регіонах.

Категорії психотерапевтичної практики

Психотерапевтична діяльність класифікується не лише за формами роботи, але й за категоріями впливу, які відображають глибину й завдання терапії:

- Підтримуюча терапія – орієнтована на стабілізацію, зниження симптомів, створення відчуття безпеки. Часто застосовується на початкових етапах або в роботі з клієнтами у тяжкому стані.
- Корекційна терапія – спрямована на зміну дисфункціональних поведінкових і емоційних патернів, зміну ставлення до себе та світу, роботу з психологічними травмами.
- Реконструктивна терапія – передбачає глибоку трансформацію особистісної структури клієнта, роботу з ранніми етапами розвитку, архетипами, неусвідомленими процесами. Часто застосовується в психоаналізі, юнгіанському напрямі, гештальт-терапії.

Ці категорії не є жорстко відокремленими — на різних етапах терапевт може переходити від підтримки до реконструктивної роботи залежно від готовності клієнта.

Проблемна та особистісна спрямованість терапевтичної допомоги

Проблемна терапія зосереджена на вирішенні конкретної життєвої ситуації, що викликає дистрес – наприклад, втрата роботи, конфлікти в родині, емоційне вигорання. Завдання – швидко стабілізувати стан клієнта, знайти ресурси для подолання проблеми.

Особистісна спрямованість передбачає глибше осмислення себе як суб'єкта життя. Це робота з самоідентичністю, внутрішніми конфліктами, сенсами, життєвими цінностями. Такий підхід притаманний гуманістичній, екзистенційній, психодинамічній психотерапії.

Обидва напрями можуть бути застосовані до одного клієнта на різних етапах терапії: спочатку вирішення нагальної проблеми, а згодом — робота над особистісними запитами.

Формування запиту клієнта

Запит – це усвідомлена потреба, з якою клієнт звертається по допомогу. Проте в більшості випадків він є неусвідомленим, розмитим або навіть хибно сформульованим. Саме тому формування запиту — важлива частина психотерапевтичного процесу.

Етапи формування запиту:

- Виявлення актуального дистресу
- Встановлення причинно-наслідкових зв'язків
- З'ясування очікувань клієнта
- Переформулювання проблеми у форматі, з яким можна працювати

Психотерапевт допомагає клієнту перейти від опису «зовнішньої» проблеми (наприклад: «у мене конфлікт з партнером») до усвідомлення внутрішнього запиту («я боюсь бути відкинутим і не довіряю»).

Етапи психотерапевтичного процесу

Психотерапевтичний процес складається з кількох ключових етапів, які забезпечують ефективність і системність роботи:

1. **Установлення контакту** – встановлення довірливих взаємин, початкове знайомство, формування безпечного середовища.
2. **Діагностика** – збір анамнезу, визначення симптомів, попередня оцінка рівня функціонування, виявлення проблемних зон.
3. **Укладання контракту** – домовленість про формат, кількість сесій, фінансові та часові умови, межі відповідальності.
4. **Формування цілей терапії** – чітке визначення того, чого хоче досягти клієнт, погодження цілей з реальними можливостями.
5. **Основна терапевтична робота** – систематична робота з емоціями, установками, поведінковими патернами; зміна способу реагування на життєві труднощі.

6. **Завершення терапії** – аналіз змін, узагальнення досвіду, оцінка ефективності, формування навичок самопідтримки.

7. **Підтримувальні сесії** (при потребі) – періодичні зустрічі після завершення основної роботи для збереження результатів.

Базові принципи та завдання психотерапії

Психотерапія ґрунтується на низці базових принципів, які забезпечують її ефективність, етичність та науковість. Вони не залежать від конкретного підходу, а мають загальну професійну значущість.

Базові принципи психотерапії:

- Конфіденційність – інформація, отримана в процесі терапії, не підлягає розголошенню. Винятки стосуються лише випадків загрози життю або здоров'ю клієнта чи інших людей.
- Повага до особистості клієнта – кожен клієнт розглядається як унікальна, цінна особистість, яка має право на власні переживання, погляди, ритм змін.
- Добровільність участі – клієнт сам обирає участь у терапії, її тривалість і глибину. Примус неприйнятний.
- Активна роль клієнта – клієнт не є пасивним об'єктом впливу, він є співавтором змін. Зростання усвідомленості, відповідальності за свій стан – важлива мета процесу.
- Компетентність терапевта – терапевт зобов'язаний дбати про свій професійний рівень, проходити супервізію, підвищувати кваліфікацію.

Основні завдання психотерапії:

- Зменшення психічного страждання клієнта.
- Покращення якості життя та адаптації до життєвих умов.
- Відновлення або розвиток здатності до саморефлексії та саморегуляції.
- Опрацювання травматичного досвіду.
- Допомога у подоланні внутрішніх конфліктів.
- Сприяння особистісному розвитку та пошуку сенсу життя.

Етичні засади терапевтичної роботи

Етичні стандарти в психотерапії забезпечують безпеку та довіру в терапевтичному процесі. Вони викладені в професійних кодексах (наприклад, кодекс АРА, етичний кодекс УСП, Європейської асоціації психотерапії).

Ключові етичні принципи:

- Інформована згода – клієнт має бути повністю поінформований про методи, можливі наслідки, межі терапії й дати згоду на участь.

- Етичні межі – заборонені будь-які форми експлуатації клієнта (сексуальної, емоційної, фінансової). Порушення меж вважається грубим етичним проступком.
- Збереження професійної дистанції – уникання подвійних стосунків (наприклад, бути водночас терапевтом і другом або родичем клієнта).
- Супервізія – обов’язкова складова професійної практики. Дозволяє працювати з власними труднощами, що виникають у терапевтичному процесі.
- Безоцінювальне ставлення – терапевт не нав’язує клієнтові власних поглядів, переконань чи цінностей.

Теоретичні основи психотерапії

Психотерапія має багато теоретичних шкіл, кожна з яких пропонує власне розуміння людини, причини страждань і шляхи зцілення. Коротко охарактеризуємо основні з них:

1. Психоаналітичний підхід (З. Фрейд):
 - Причини проблем – у несвідомих конфліктах між інстинктивними потягами та моральними заборонами.
 - Мета терапії – зробити несвідоме усвідомленим через інтерпретацію снів, асоціацій, захисних механізмів.
2. Аналітична психологія (К. Юнг):
 - Людина – це не лише особистість, але й носій колективного несвідомого.
 - Мета – досягнення індивідуації, гармонії між Его і тіньовими аспектами психіки.
3. Гуманістична терапія (К. Роджерс, А. Маслоу):
 - Людина має природну здатність до самозцілення, розвитку, зростання.
 - Завдання терапії – створити атмосферу прийняття, щирості, емпатії.
4. Когнітивно-поведінкова терапія (А. Бек, А. Елліс):
 - Емоційні стани зумовлені не подіями, а інтерпретацією цих подій.
 - Завдання – виявити й змінити нераціональні переконання, навчити ефективній поведінці.
5. Гештальт-терапія (Ф. Перлз):
 - Акцент на переживанні «тут і тепер», контакті, усвідомленні.
 - Терапевтична робота з незавершеними гештальтами, емоційними фіксаціями.
6. Екзистенційна терапія (В. Франкл, І. Ялом):
 - Центральні теми – свобода, відповідальність, самотність, смерть, сенс життя.
 - Терапія – це допомога у знаходженні особистісного смислу, прийнятті екзистенційних обмежень.

Кожна з цих шкіл може по-своєму пояснити ті самі симптоми й пропонує унікальні техніки терапевтичної роботи.

Психологічні та психофізіологічні аспекти психотерапії

Успішна психотерапія охоплює не лише свідомі процеси, але й глибші — тілесні, емоційні, нейрофізіологічні:

- Емоційне опрацювання – через безпечний контакт клієнт має змогу прожити й інтегрувати витіснені або травматичні емоції.
- Зміна когнітивних схем – під впливом терапії відбувається переоцінка переконань, відношень до себе, до минулого досвіду.
- Психофізіологічна регуляція – терапевтична взаємодія може впливати на роботу вегетативної нервової системи (зниження симпатичного тону, активація парасимпатичної системи), що проявляється у зменшенні напруги, нормалізації сну, апетиту, дихання.
- Нейропсихологічні зміни – доведено, що регулярна терапія може впливати на функціонування певних ділянок мозку (наприклад, зниження активності мигдалевидного тіла у тривожних клієнтів, покращення зв'язків у префронтальній корі).

Таким чином, психотерапія має цілісний ефект — вона впливає не лише на психологічні аспекти функціонування, а й на тілесне здоров'я та загальний стан людини.

Суб'єкти психотерапії: типи клієнтів, їх характеристика

Суб'єктами психотерапевтичного процесу є:

- психотерапевт (фахівець, що здійснює професійну допомогу),
- клієнт (особа, яка звертається за підтримкою).

Типи клієнтів значно варіюються залежно від їхнього психоемоційного стану, запиту, мотивації до змін. Виділяють такі основні категорії клієнтів:

1. Клієнти з адаптаційними труднощами – мають проблеми в особистому, професійному чи соціальному функціонуванні, але без клінічної симптоматики. Їхні труднощі можуть включати конфлікти у стосунках, професійне вигорання, кризу сенсу.
2. Клієнти з невротичними розладами – звертаються зі скаргами на тривожність, нав'язливі думки, фобії, соматизовані симптоми. При цьому зберігають критичність і контакт із реальністю.
3. Клієнти з посттравматичними станами – зазнали травматичного досвіду (насильство, війна, аварії, втрати). У них можуть проявлятися реакції уникання, флешбеки, емоційне оніміння, дратівливість.

4. Клієнти з особистісними розладами – характеризуються глибокими змінами особистісної структури, порушеннями емоційної регуляції, міжособистісних стосунків.

5. Клієнти з екзистенційними запитами – прагнуть зрозуміти себе, опрацювати кризу ідентичності, сенс життя, вибору, свободи, смерті. Відчувають внутрішній конфлікт, але не мають яскраво вираженої симптоматики.

Особливості роботи психотерапевта з різними типами клієнтів

Підхід до кожного клієнта повинен бути індивідуальним. Основні чинники, що впливають на психотерапевтичну взаємодію:

- Ступінь осмислення проблеми: деякі клієнти вже усвідомлюють суть своїх труднощів, інші – лише починають розуміти наявність дистресу.
- Мотивація до змін: частина клієнтів готові до активної роботи, інші приходять заради підтримки або під тиском обставин.
- Ступінь емоційної стабільності: робота з травматизованими клієнтами потребує обережності, стабілізації перед глибоким зануренням у зміст переживань.

Загальні принципи роботи з різними клієнтами:

- підтримка безпеки і довіри;
- гнучкість методів залежно від готовності клієнта;
- робота з «опором»;
- уникання оцінювальних суджень;
- емпатійне слухання, «дзеркалення»;
- орієнтація на ресурси, а не лише на симптоми.

Фрустрація як об'єкт роботи психотерапевта

Фрустрація – це емоційний стан, що виникає у відповідь на перешкоду до досягнення мети або задоволення потреби. Вона може супроводжуватись:

- гнівом, агресією;
- почуттям безсилля;
- тривогою, апатією;
- депресивною симптоматикою.

Психотерапевтична робота з фрустрацією включає:

- усвідомлення джерела фрустрації (внутрішнього чи зовнішнього);
- дослідження реакції на фрустрацію (боротьба, уникнення, пасивність);
- розвиток нових копінг-стратегій;
- інтеграцію нереалізованого досвіду;
- роботу з почуттями провини, сорому, тривоги, що можуть бути вторинними реакціями на фрустрацію.

У контексті життєвих криз (втрати, поразки, несправджені очікування) психотерапія допомагає переосмислити значення втрати й знайти новий ресурс.

Невроз як об'єкт роботи психотерапевта

Невроз – це функціональне психогенне порушення, яке не має органічної природи, але значно впливає на психоемоційний стан, поведінку та міжособистісні стосунки.

Основні ознаки неврозу:

- стійкий внутрішній конфлікт;
- надмірна тривожність;
- нав'язливі думки, ритуали;
- порушення сну;
- емоційна нестабільність;
- соматичні скарги без медичного підґрунтя.

Психотерапія при неврозах спрямована на:

- виявлення глибинного внутрішнього конфлікту;
- формування безпечного простору для вираження емоцій;
- модифікацію дисфункціональних переконань;
- зниження тривожності;
- підтримку автономності й саморегуляції.

Характеристики неврозу

Психоаналітичні й гуманістичні підходи трактують невроз як порушення гармонії між різними частинами особистості, внаслідок якого виникає внутрішній конфлікт.

Основні типи неврозів:

- Тривожний (неврастенія) – проявляється відчуттям постійної тривоги, напруження, втоми.
- Істеричний – характеризується демонстративністю, соматичними симптомами, що не мають фізичної основи.
- Обсесивно-компульсивний – нав'язливі думки (обсесії) та дії (компульсії), які клієнт усвідомлює як надмірні, але не може зупинити.
- Фобічний – страх перед певними об'єктами чи ситуаціями, які не становлять реальної загрози.

Типові характеристики:

- конфлікт між бажанням та заборобою;
- залежність від зовнішньої оцінки;
- гіперчутливість до критики;
- низька толерантність до невизначеності.

Основні стратегії роботи з фрустрацією і неврозами

Підхід до роботи залежить від напрямку психотерапії, однак існують загальні ефективні стратегії:

1. Когнітивно-поведінковий підхід:

- робота з автоматичними думками;
- зміна когнітивних викривлень;
- формування нових патернів поведінки.

2. Психодинамічний підхід:

- аналіз внутрішнього конфлікту;
- робота з витісненими емоціями;
- усвідомлення несвідомих мотивів.

3. Гештальт-підхід:

- посилення усвідомлення «тут і тепер»;
- завершення незавершених гештальтів;
- тілесна й емоційна інтеграція досвіду.

4. Тілесно-орієнтована терапія:

- зниження соматичного напруження;
- відновлення тілесної чуттєвості;
- робота з м'язовими затисками.

5. Ресурсно-орієнтовані методики:

- пошук внутрішніх і зовнішніх ресурсів клієнта;
- активізація сили волі, надії, мотивації до життя.

6. Мотиваційне консультування:

- вивчення амбівалентності;
- посилення внутрішньої мотивації до змін.

Таким чином, психотерапія як суспільне й міжособистісне явище виступає важливою сферою професійної діяльності психолога. Вона охоплює широку палітру клієнтських запитів, має багаті теоретичні підґрунтя, розвинені методи і високу етичну відповідальність. У центрі психотерапії — людина, її страждання, надії та потенціал до змін.

ТЕМА 2. ІСТОРИЧНИЙ НАРИС РОЗВИТКУ ПСИХОТЕРАПІЇ ЯК НАУКИ

План:

1. Основні етапи становлення психотерапії в історії розвитку психотерапії.
2. Основні напрями психотерапії в сучасному суспільстві

Текст лекції

Основні етапи становлення психотерапії в історії розвитку психотерапії

Психотерапія, як одна з ключових форм психологічної допомоги, має давнє коріння, яке сягає глибини історії людської цивілізації. Її сучасна наукова форма почала формуватись лише наприкінці XIX – на початку XX століття, однак її витoki можна знайти у магічних, релігійних, філософських та медичних практиках, які впродовж тисячоліть виконували функції, подібні до психотерапевтичних.

Ще у первісному суспільстві існували шаманські ритуали, обряди очищення, танці, гіпнотичні співи та трансівні стани, які використовувались для "вигнання злих духів", зцілення хворих, повернення душі або врівноваження внутрішнього стану людини. Ці архаїчні форми можна розглядати як перші спроби впливу на людську психіку з метою зцілення, навіть якщо самі ці спроби ще не мали усвідомленої психологічної основи.

Антична філософія також торкалась питань душі, її пристрастей, здоров'я і хвороби. Платон вважав, що душа повинна гармонійно розвиватись, щоб бути здоровою, а Сократ уперше наголошував на необхідності «пізнати себе». Арістотель аналізував афекти і вважав, що моральна доброчесність — це результат свідомого вибору. В античності функції психотерапевта могли виконувати філософи, жерці, лікарі.

У Середньовіччі західноєвропейська думка під впливом християнства зміщувалась у бік трактування психічних розладів як результату гріха, одержимості чи демонічного впливу. Психологічні труднощі інтерпретувались через релігійні категорії, а методи «зцілення» передбачали молитву, покаєння, екзорцизм. Проте в цей період активно розвивалась ісламська медицина: наприклад, Ібн Сіна (Авіценна) вже описував зв'язок між емоціями та тілом, заклавши підвалини психосоматичної медицини.

Епоха Відродження принесла відновлення інтересу до людської індивідуальності, до самопізнання і внутрішнього життя особистості. Наукова революція сприяла розвитку анатомії, фізіології, філософії духу. Декарт висунув ідею дуалізму — розділення душі і тіла, а також вперше вказав на мозок як центр

психічної активності. У XVII–XVIII століттях з'являються поняття про нервову систему, афекти, виникають перші наукові уявлення про поведінку.

Особливо важливим етапом на цьому шляху стала діяльність **Франца Антона Месмера** – австрійського лікаря, який у 1770-х роках запропонував теорію «тваринного магнетизму». Він вважав, що невидимий флюїд циркулює в тілі людини, і що порушення його балансу призводить до хвороби. Хоча згодом його методи (гіпнотичні транс, паси руками) були дискредитовані з точки зору науковості, вони справили величезний вплив на подальші дослідження в галузі гіпнозу, несвідомого та навіювання.

Поступово в XIX столітті в психіатрії й медицині формується уявлення про можливість психологічного впливу на психіку людини. Одним із перших, хто підкріпив це емпіричною практикою, був Жан-Мартен Шарко — французький невропатолог, який використовував гіпноз при істеричних розладах. Саме в його клініці працював молодий лікар Зігмунд Фрейд, який і започаткував психотерапію як цілісну систему знань.

З. Фрейд запропонував новаторське бачення людської психіки — як багаторівневої структури, де основні конфлікти відбуваються не на свідомому рівні, а в глибинах несвідомого. Його концепції витіснення, дитячої травми, сексуальності, Едіпового комплексу, сновидінь, а також метод вільних асоціацій заклали основи психоаналізу — першого в історії наукового напрямку психотерапії. Психоаналіз швидко поширився по всій Європі і США, став фундаментом для багатьох інших шкіл і напрямів.

На основі психоаналізу формуються нові підходи. Наприклад, Карл Юнг, який спочатку був учнем Фрейда, заснував власну аналітичну психологію. Він ввів поняття колективного несвідомого, архетипів, індивідуації — процесу цілісного становлення особистості. Юнг акцентував увагу не лише на травмах, а й на духовних, культурних і міфологічних аспектах психіки.

Анна Фрейд, дочка засновника психоаналізу, значно розвинула теорію Его і механізмів психологічного захисту. Вона звернула особливу увагу на дитячу психотерапію, що стало серйозним внеском у розширення сфери застосування психотерапії.

Інша постать, що суттєво вплинула на розвиток дитячого аналізу, **Мелані Кляйн**. Її теорія об'єктних відносин лягла в основу сучасної психодинамічної терапії. Вона вважала, що внутрішній світ дитини формується через її стосунки з «об'єктами» — батьками або їх внутрішніми образами. Рання взаємодія з матір'ю, за Кляйн, формує основу психічної стабільності або невротичності в майбутньому.

Ерік Еріксон, у свою чергу, запропонував етапну модель психосоціального розвитку людини – від немовляти до старості, де кожен етап супроводжується певною кризою (наприклад, довіра–недовіра, ідентичність–

рольова плутанина), яку людина має вирішити. Його праці мали велике значення для практики роботи з підлітками та дорослими в кризових періодах.

У середині ХХ століття у відповідь на домінування психоаналізу й поведінкової терапії формується гуманістична психологія. Її основним представником став Карл Роджерс, який створив клієнт-центровану терапію. На відміну від психоаналізу, де терапевт виступає як експерт, у роджеріанській моделі акцент робиться на безумовному прийнятті клієнта, емпатії та створенні безпечного простору для саморозкриття. Роджерс вважав, що кожна людина має природну здатність до зростання і самозцілення, якщо перебуває в середовищі прийняття й підтримки.

Ці підходи відкрили нову добу психотерапії – з більшою увагою до особистісного зростання, сенсів життя, духовності, суб'єктивного досвіду. На цьому ґрунті також виникли екзистенційна терапія (Людвіг Бінсвангер, Віктор Франкл, Ірвін Ялом), гештальт-терапія (Фріц Перлз), тілесно-орієнтована терапія (Вільгельм Райх), які змінили саме розуміння людини в психотерапії: від "пацієнта" до активного суб'єкта змін.

У 1950–1970-х роках відбувається активна еволюція психотерапевтичних шкіл у бік більшої емпіричності, операціоналізації понять та інтеграції різних підходів. Саме тоді на перший план виходить когнітивна революція в психології, яка безпосередньо вплинула і на психотерапевтичну практику.

Одним із ключових постатей став **Аарон Бек**, який розробив когнітивну терапію депресії. Його модель ґрунтувалася на переконанні, що не самі події викликають страждання, а те, як людина їх інтерпретує. Бек ввів поняття когнітивних викривлень (наприклад, «все або нічого», «катастрофізація», «надмірне узагальнення»), а також негативної когнітивної тріади (негативне ставлення до себе, світу і майбутнього). Когнітивна терапія швидко отримала підтвердження ефективності в клінічних дослідженнях і стала основою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ, або СВТ – cognitive behavioral therapy), яка сьогодні є однією з найбільш вивчених і поширених форм психотерапевтичної допомоги у світі.

Інша гілка, яка розвивалася паралельно, - це поведінкова терапія, базована на класичному і оперантному навчанні (Іван Павлов, Джон Вотсон, Б. Скіннер). Поведінкові терапевти вважали, що більшість проблем можна пояснити через механізми умовних рефлексів і навчених реакцій. Терапія, відповідно, мала на меті заміну неадаптивних поведінкових патернів новими, бажаними. В середині ХХ століття ця школа дала ефективні техніки лікування фобій (десенсибілізація, експозиція), нав'язливостей, тривожних розладів.

У 1980–1990-х роках когнітивні й поведінкові підходи об'єднуються в єдину школу – когнітивно-поведінкову терапію. Її ключові ознаки:

- структурованість;
- короткотривалість;
- акцент на сьогодні;
- активна позиція клієнта;
- використання технік самоаналізу, ведення щоденників думок;
- оцінювання ефективності втручання.

КПТ є офіційно рекомендованою терапією в протоколах лікування депресії, генералізованого тривожного розладу, obsесивно-компульсивного розладу, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), харчових порушень та багатьох інших станів. Її успішно адаптовано для роботи з дітьми, підлітками, парами, родинами.

У цей самий період формуються також постмодерні напрями психотерапії, що акцентують увагу на мові, наративі, інтерсуб'єктивності. Так виникає наративна терапія, яка розглядає особисту історію людини як текст, що може бути переписаний. У цьому підході терапевт – це не експерт, а співрозмовник, який допомагає людині знайти нові смисли у власному житті.

Паралельно розвиваються системні сімейні підходи, що розглядають сім'ю як цілісну систему, де кожна поведінка має сенс у контексті взаємозв'язків. Робота з родиною спрямована на зміну моделей комунікації, корекцію ролей, зняття напруги між поколіннями.

У 1990-х роках та на початку ХХІ століття психотерапія входить у фазу наукової стандартизації та глобалізації. У країнах Заходу починається формування єдиних критеріїв підготовки психотерапевтів, зростає роль професійних об'єднань, розробляються етичні кодекси, ліцензійні вимоги, посібники з доказової практики. Зокрема, Європейська асоціація психотерапії (ЕАР) та Американська психологічна асоціація (АРА) задають стандарти для методів, які вважаються науково обґрунтованими.

Відбувається також розширення практики інтегративної психотерапії, яка комбінує методи з різних шкіл: наприклад, когнітивні техніки поєднуються з тілесно-орієнтованими, або психодинамічні інтерпретації – з арттерапією. Інтеграція стає відповіддю на запити сучасних клієнтів, які стикаються з багатовимірними проблемами.

На межі 2000–2010-х років в науковій психотерапії помітний поворот до нейропсихотерапії – вивчення впливу психотерапевтичного втручання на мозкові структури. За допомогою функціональної МРТ, електроенцефалографії та інших методів доведено, що ефективна терапія може змінювати активність префронтальної кори, зменшувати гіперактивацію мигдалевидного тіла,

нормалізувати нейрохімічні процеси. Це стало серйозним науковим аргументом на користь психотерапії в межах медичної системи.

У сучасному суспільстві психотерапія набула нового значення. Вона більше не сприймається виключно як допомога «хворим» — це інструмент самопізнання, розвитку, підтримки в кризових ситуаціях, профілактики емоційного вигорання, а також важлива складова системи освіти, охорони здоров'я, корпоративної культури.

Основні напрями психотерапії в сучасному суспільстві

До найбільш поширених і науково визнаних напрямів сучасної психотерапії належать:

- Психодинамічна терапія – спадкоємець психоаналізу, зосереджена на вивченні несвідомих процесів, захистів, повторюваних життєвих сценаріїв.
- Когнітивно-поведінкова терапія (CBT) – структурована, короткотривала і доказово ефективна терапія з акцентом на зміну думок і поведінки.
- Схема-терапія — розроблена Джеффри Янгом, інтегрує КПТ, гештальт і психодинамічні техніки для роботи з глибокими особистісними патернами.
- Діалектико-поведінкова терапія (DBT) — ефективна для клієнтів із розладами емоційної регуляції, самопошкодженням, суїцидальністю.
- EMDR (десенсибілізація та переробка травматичного досвіду рухом очей) – швидкодіюча терапія для осіб із посттравматичними розладами.
- АСТ (терапія прийняття і відповідальності) — орієнтована на прийняття болісних емоцій і зосередження на ціннісних діях.
- Гештальт-терапія – фокусується на контакті, усвідомленні, емоціях у «тут і тепер».
- Екзистенційна терапія – акцентує фундаментальні питання буття: свободи, смерті, вибору, сенсу.

Усі ці напрями відображають різноманіття підходів до допомоги людині, але водночас засвідчують спільну тенденцію – визнання унікальності особистості, складності її внутрішнього світу, взаємозв'язку психіки й культури, тіла і мови, минулого досвіду та теперішнього вибору.

ТЕМА 3. МЕХАНІЗМИ, ЗАСОБИ ТА ТЕХНІКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ

План:

1. Механізми психотерапевтичної дії в психотерапії.
2. Етапи структурування психотерапевтичної бесіди під час телефонного консультування.
3. Психологічні техніки встановлення первинного контакту з клієнтом
4. Роль активного слухання: перефразування, уточнення, відображення почуттів.

Текст лекції:

Механізми психотерапевтичної дії в психотерапії

Психотерапія, як професійна форма психологічної допомоги, ґрунтується не лише на загальній доброзичливій увазі до клієнта, але й на чітко визначених механізмах впливу, перевірених практичних засобах і науково обґрунтованих техніках. Саме вони забезпечують трансформацію психічного стану, особистісний розвиток, подолання симптоматики та формування нових адаптивних моделей мислення і поведінки.

У різних формах психотерапії — індивідуальній, груповій, сімейній — діють як загальні, так і специфічні механізми впливу. Їх ефективність значною мірою залежить від якості встановленого контакту між терапевтом і клієнтом, ступеня довіри, глибини емпатії та здатності до створення безпечного простору, в якому людина може відкривати найвразливіші аспекти своєї психіки.

Індивідуальна психотерапія є найбільш поширеним і класичним форматом терапевтичної взаємодії. Вона надає клієнту простір для інтимного діалогу з терапевтом, що базується на конфіденційності, довірі, прийнятті та безоціночному ставленні. В межах такої взаємодії активізуються кілька базових механізмів.

Насамперед, терапевтичний ефект досягається через феномен терапевтичного альянсу — глибокого міжособистісного контакту, в якому клієнт відчувається прийнятим, почутим і не осудженим. Це створює умови для зниження тривожності, зміцнення внутрішньої стабільності, активізації ресурсів. У цьому сенсі терапевт не просто слухач, а фігура безпечного об'єкта перенесення, з яким клієнт поступово відтворює свої ранні переживання, схеми стосунків, очікування й захисти.

Інший глибокий механізм — рефлексія, або осмислення власного внутрішнього досвіду. Терапевт допомагає клієнтові назвати те, що раніше залишалося невизначеним або несвідомим. Через мову й спільне осмислення

з'являється можливість «увидіти» проблему збоку, знизити її емоційний заряд, знайти нове значення і віднайти напрямок руху.

Не менш важливим є механізм катарсису, тобто емоційного відреагування. Коли клієнт у безпечному середовищі дозволяє собі плакати, гніватися, боятися, — відбувається розрядка внутрішньої напруги, накопиченої роками. Часто це стає першим кроком до зцілення. Людина вперше дозволяє собі бути живою, спонтанною, вразливою — і при цьому відчуває, що її не відштовхують, а підтримують. Такий досвід сам по собі є терапевтичним.

Існує також важливий механізм інсайту — раптового прозріння, коли клієнт знаходить зв'язок між минулим і теперішнім, між несвідомим і свідомим. Наприклад, усвідомлення того, що теперішній страх покинутості пов'язаний з емоційним холодом матері в дитинстві, може дати поштовх до перебудови самооцінки й стосунків з іншими людьми. Інсайт може бути результатом тривалої аналітичної роботи, а може виникнути несподівано, під час спонтанного висловлювання або метафоричної інтервенції терапевта.

Важливо також зазначити, що в індивідуальній терапії активним є процес корекції ідентичності — тобто поступової зміни образу себе, власної життєвої історії, стосунків з тілом, емоціями, потребами. Клієнт навчається говорити «ні», відстоювати межі, розуміти, де його відповідальність, а де — нав'язана провина. Це може бути болісним, але водночас визвольним процесом.

Якщо ж ми переходимо до розгляду групової форми психотерапії, то бачимо іншу систему дії — більш соціальну, багатоголосну і динамічну. У групі клієнт не лише розповідає про себе, а й взаємодіє з іншими учасниками, отримуючи «дзеркала» у вигляді відгуків, реакцій, інтерпретацій. Він спостерігає, як інші долають подібні труднощі, переживає досвід співпереживання та відновлює довіру до людей. Група стає своєрідною лабораторією міжособистісних стосунків, у якій відтворюються і змінюються старі схеми поведінки.

Коли клієнт бачить, що його почуття поділяють інші — це створює ефект універсалізації страждання, знімає почуття сорому, ізоляції, сприяє емоційному звільненню. Інші учасники виступають джерелом надії та натхнення, адже їхній прогрес доводить: зміни можливі.

У групі активізується механізм ідентифікації — коли клієнт переймає риси інших, інтегрує нові моделі поведінки. Також надзвичайно потужною є дія зворотного зв'язку: коли учасник чує, як його поведінка сприймається з боку, він починає бачити себе в новому світлі. Це може бути болісно, але якщо подано з емпатією — завжди продуктивно.

Сімейна психотерапія — це напрям, який базується на уявленні про родину як складну живу систему. У ній зміни в одному з елементів обов'язково викликають зміни в інших. Тому мета терапії не зводиться до «лікування» когось

одного з членів родини. Навпаки, вона спрямована на покращення способів комунікації, зняття конфліктної напруги, зміцнення зв'язків між усіма учасниками системи. Важливим є розуміння того, що симптом, який проявляється в одній особі (наприклад, тривожність дитини), може бути відображенням глибоких сімейних дисбалансів або прихованих конфліктів між дорослими.

На практиці сімейна терапія розкриває важливі **механізми взаємовпливу**, які часто залишаються неусвідомленими для самих учасників. Наприклад, одна з типових ситуацій — коли дитина демонструє «проблемну» поведінку, але в процесі терапії виявляється, що це спосіб звернути увагу на конфлікт між батьками, або несвідома спроба втримати родину від розпаду. У таких випадках терапевт допомагає батькам побачити не лише дитину як джерело труднощів, а й себе — як важливих чинників її стану. Це відкриває шлях до реальних змін.

До механізмів дії в сімейній психотерапії відноситься також **інсценізація** — можливість програти типові сцени взаємодії та проаналізувати їх у безпечному терапевтичному просторі. Через такі «мікродрами» виявляються стереотипи ролей, домінування, дистанціювання, покарання, мовчазного бойкоту або гіперопіки. Терапевт працює як фасилітатор: допомагає зробити приховане видимим, замкнене — відкритим, а болюче — проговореним.

Значним ресурсом у сімейній терапії є **вивчення поколіннєвих сценаріїв**: клієнти часто повторюють поведінку своїх батьків, не усвідомлюючи цього. Слова, які вони чули в дитинстві, стають внутрішнім голосом, що впливає на спосіб взаємодії з партнером чи дітьми. Коли цей процес виводиться на рівень усвідомлення, з'являється можливість змінити траєкторію і припинити трансляцію травми наступному поколінню.

Етапи структурування психотерапевтичної бесіди під час телефонного консультування.

Перейдемо тепер до ще однієї форми психотерапевтичної допомоги, яка стає все актуальнішою у сучасному світі — **дистанційного консультування**, зокрема **телефонного**. Ця форма вимагає від фахівця особливої чутливості, уважності й високої етичності, оскільки в ній відсутні невербальні підказки — міміка, жести, положення тіла клієнта. Все, що лишається — це голос, мовлення, інтонація, ритм дихання. Але саме вони стають потужними каналами психотерапевтичного впливу.

Психотерапевтична бесіда телефоном має бути чітко структурованою. На самому початку важливо створити атмосферу довіри — через тепле привітання, представлення, коротке пояснення формату розмови. Для клієнта, особливо в стані кризи або емоційного перевантаження, це є сигналом безпеки. Навіть проста фраза «Ви можете говорити стільки, скільки вам потрібно» — вже

терапевтична. Вона передає, що простір розмови — під контролем, що клієнта не перервуть, не осудять і не змусять іти далі, ніж він готовий.

Далі відбувається **уточнення запиту**. Психолог допомагає клієнту окреслити проблему, якомога точніше: «Що вас сьогодні найбільше турбує?» або «Якої саме підтримки ви зараз потребуєте?» Це дає змогу зосередити увагу на актуальному, зменшити емоційне розсіювання та визначити короткострокову мету бесіди.

Протягом усієї розмови ключовим є **емпатійне слухання**. Це не просто уважність до змісту слів, а глибоке відчуття — за голосом, паузами, емоційним забарвленням — що переживає клієнт. У телефонному консультуванні прояв емпатії здійснюється переважно **вербально**: через відображення почуттів, підкріплення, фрази підтримки. Наприклад: «Звучить, ніби вам дуже боляче...» або «Я чую, як важко вам це говорити». Такі інтервенції допомагають клієнтові не тільки відчувати розуміння, а й краще зрозуміти самого себе.

Крім вербальних, велике значення мають **паравербальні засоби** — інтонація, ритм мовлення, тембр голосу. Тон повинен бути м'яким, але впевненим; ритм — не надто швидким, щоб не пришвидшувати емоції клієнта, і не надто повільним, щоб не викликати відчуття штучності. Інколи добре використана **пауза** — потужніша за будь-яке слово: вона дає клієнту простір подумати, зібратись, відчувати себе суб'єктом розмови.

В особливо чутливих ситуаціях важливо **створити психологічно безпечний простір**. Це можна зробити, прямо проговорюючи, що «усе, що ви скажете, залишиться між нами», або що «ви можете самі вирішити, про що хочете говорити, а що залишити при собі». Чітке окреслення меж — теж частина терапії: воно відновлює контроль клієнта над ситуацією, що часто порушується в критичних станах.

Телефонне консультування має свої межі: воно не замінює довготривалу терапію, не дозволяє проводити діагностику або глибокий аналіз. Проте воно здатне **підтримати людину у моменті**, дати їй відчувати: вона не сама, що її біль помічений, що вона варта уваги. Іноді цього достатньо, щоб запобігти ескалації стану, уникнути деструктивних дій, активізувати внутрішні ресурси.

Психологічні техніки встановлення первинного контакту з клієнтом

Одним із найвідповідальніших моментів у психотерапевтичному процесі — незалежно від форми роботи — є **встановлення первинного контакту**. Саме перші хвилини взаємодії формують у клієнта враження про терапевта, атмосферу зустрічі та ступінь психологічної безпеки. В умовах дистанційної роботи (телефонної чи онлайн) ця задача ускладнюється через відсутність невербальних сигналів, до яких терапевт звик в офлайн-форматі.

Первинний контакт починається ще до того, як вимовлено перше слово. Для терапевта важливо налаштувати себе внутрішньо: бути зосередженим, спокійним, емпатійним. Клієнт, навіть не бачачи терапевта, майже завжди інтуїтивно відчуває, наскільки він дійсно «присутній» у розмові. Ця присутність — не механічна, а людська: зі щирим інтересом, делікатністю, повагою.

Важливо, щоб терапевт одразу після привітання чітко представився, пояснив формат розмови, її тривалість, конфіденційність, можливі обмеження. Це створює **структуру** — і структура є заспокійливим чинником для багатьох клієнтів, особливо тих, хто перебуває в стані тривоги чи дезорієнтації.

Наступний крок – **вербальні техніки встановлення довіри**. Добре працюють так звані «Я-повідомлення», в яких терапевт не претендує на позицію «знаючого», а показує свою готовність бути поруч. Наприклад: *«Я тут, щоб допомогти вам розібратись у вашій ситуації»* або *«Ми можемо рухатись у тому темні, в якому вам буде зручно»*.

Однією з найбільш емпатійних технік на початку контакту є **дзеркалення** — повторення ключових слів або емоцій клієнта з м'яким уточненням: *«Ви кажете, що останнім часом вам особливо важко, бо зникло відчуття сенсу...»* — така фраза не тільки демонструє уважність, а й дає клієнтові можливість уточнити, виправити, доповнити власну думку. Це підвищує рівень діалогу, активізує суб'єктність людини.

Дуже важливо дати клієнту можливість говорити вільно, не переривати, навіть якщо він починає з хаотичних фраз, мовчання або сліз. Перші хвилини — це не про логіку, а про контакт. Іноді просте мовчазне очікування з м'якими паузами є найкращим способом дати людині дозвіл заговорити.

Коли контакт уже встановлено, і розмова перейшла у більш глибоку фазу, терапевт починає активно використовувати **засоби підтримки** — як вербальні, так і паравербальні. Їхнє завдання — утримати клієнта в контакті, допомогти йому не втратити внутрішній зв'язок із собою, не замкнутися у переживаннях.

Вербальні засоби підтримки — це слова, що підкреслюють участь, розуміння, готовність слухати. Приклади таких фраз:

- *«Це звучить справді непросто»*
- *«Я бачу, що вам боляче»*
- *«Мені важливо вас почути»*
- *«Я з вами»*

Такі висловлювання працюють як психологічне утвердження: клієнт відчувається не самотнім, його досвід — не нікчемний, і навіть у хаосі він залишається цінним і поміченим.

Паравербальні засоби — це інструменти, які несуть емоційний смисл поза словами. Найважливіші з них:

- **інтонація** — має бути тепла, плавна, але з динамікою. Вона не повинна бути одноманітною, бо тоді сприймається як формальна або холодна;
- **темп мовлення** — повільний, чіткий. Занадто швидка мова може викликати в клієнта збудження, тривожність;
- **м'які паузи** — це не «порожнеча», а простір, у якому клієнт може зібрати думки, поплакати, подумати.

Особливо слід наголосити на **голосі** як головному інструменті терапевта у телефонному консультуванні. Голос передає не тільки зміст, а й настрій, підтримку, турботу. Психотерапевт має тренувати в собі вміння «бути голосом присутності»: не владним, не байдужим, не повчальним, а заспокійливим, підтримуючим і цілеспрямованим.

Важливо також уникати **небезпечних комунікативних пасток**:

- засудження («Вам слід було зробити по-іншому»),
- надмірна порада («Раджу вам просто відволіктись»),
- редукування складних переживань («У всіх так буває»).

Клієнт повинен отримати не пораду, а простір для власного пошуку. Терапевт – не наставник, а людина, яка йде поруч і тримає ліхтарик, коли клієнт іде темним коридором.

Завершення телефонної розмови також має бути **усвідомленим, теплим і структурованим**. Не варто «обривати» її на рівні раптової паузи чи механічного прощання. Краще підсумувати:

- *«Сьогодні ми з вами змогли прояснити...»*
- *«Мені важливо було бути поруч з вами в цей непростий момент»*
- *«Ми можемо домовитись про наступну зустріч, якщо вам це потрібно».*

Це дозволяє клієнтові завершити розмову з відчуттям завершеності, не бути покинутим у напівдорозі. А відчуття завершеного безпечного контакту — це вже крок до внутрішньої стабілізації.

Професійна психотерапевтична робота в дистанційному форматі, зокрема під час телефонного консультування, вимагає не лише емпатії й технічної обізнаності, але й чітких **меж**. Ці межі необхідні для захисту як клієнта, так і самого фахівця. Їх порушення може призвести до надмірного емоційного залучення, залежності клієнта, формування «псевдостосунків», що лише поглиблюють дистрес.

Утримання меж у розмові — це насамперед вміння фахівця залишатись уважним, співчутливим і доступним, не втрачаючи при цьому професійної дистанції. Ця дистанція — не байдужість, а ясність: «Я з вами, я слухаю, я підтримую, але не беру на себе вашу відповідальність». Психолог не рятує і

не друг, він — супровідник у процесі, який має власні межі часу, впливу, дозволених тем.

Практично це означає:

- не переходити в площину приватних порад;
- не ділитися особистою інформацією;
- не відповідати на питання про особисте життя, цінності чи погляди;
- не дозволяти клієнту переходити до флірту, маніпуляцій або емоційного тиску;
- зберігати контроль над темпом, структурою й тривалістю розмови.

Роль активного слухання: перефразування, уточнення, відображення почуттів

Одним із найпотужніших інструментів, який допомагає утримати межі та водночас бути емоційно близьким — є **активне слухання**. Це не просто мовчання або підтакування, а процес глибокого включення у те, що говорить клієнт, із водночас збереженням критичного професійного мислення. Активне слухання має кілька ключових технік:

- **Перефразування** — повторення змісту сказаного іншими словами для підтвердження розуміння. Наприклад: *«Як я розумію, ви зараз переживаєте багато тривоги через роботу?»*
- **Уточнення** — задавання відкритих запитань, що допомагають конкретизувати почуття або ситуацію: *«Що саме в цій ситуації для вас було найважчим?»* *«Що ви відчули в той момент?»*
- **Відображення почуттів** — проговорювання емоцій, які стоять за словами клієнта: *«Здається, ви зараз розчаровані й трохи злі, так?»* *«Я чую у вашому голосі сум і втому...»*

Ці техніки не лише допомагають клієнту відчути, що його чують, але й сприяють усвідомленню власного емоційного стану, що є початком змін.

Однак особливої уваги потребують **кризові ситуації**, які можуть виникнути під час телефонної розмови. Це стани паніки, вибуху агресії, фрустрації або, що особливо критично, **суїцидальні наміри**.

У випадку **паніки**, головне завдання — стабілізувати дихання й увагу клієнта. Спокійний, повільний голос терапевта, прості фрази на зразок: *«Зробімо з вами кілька глибоких вдихів. Вдих... Видих...»*, або *«Опишіть мені, що ви зараз бачите навколо. Назвіть три предмети...»* допомагають вивести людину з вузького коридору тривоги до сенсорної реальності.

Якщо має місце **агресія**, терапевт не вступає у суперечку й не реагує емоційно. Він утримує спокій і нейтральність: *«Я розумію, що ви зараз дуже роздратовані. Спробуймо зрозуміти, що стоїть за цим»*. Агресія часто є формою захисту — за нею ховається біль, безсилля або страх.

Особливо серйозною ситуацією є повідомлення про **суїцидальні наміри**. Тут терапевт не має права ігнорувати або применшувати ризик. Насамперед важливо:

- **відкрито запитати:** *«У вас є думки про те, щоб собі нашкодити?»*
- **уточнити:** *«У вас є план? Чи є засоби?»*
- **не засуджувати, не шокуватись**, а підтримати: *«Я чую, як вам боляче. Я з вами. Ви не самі в цьому»*.

У таких випадках терапевт повинен дотримуватись етичних стандартів і, залежно від контексту, або передати клієнта іншому спеціалісту, або діяти згідно з інструкціями кризового втручання (наприклад, повідомити службу порятунку, якщо життя людини реально в небезпеці).

Усі ці дії мають бути вмонтовані в **етичну рамку** — основи професійної поведінки психотерапевта. Однією з ключових норм є **конфіденційність**. У дистанційному консультуванні вона має особливе значення. Терапевт повинен чітко проговорити, що жодна інформація не буде передана третім особам (крім винятків: реальна загроза життю клієнта чи інших людей). Важливо також дотримуватись етичного оформлення записів, не розголошувати імен, не обговорювати ситуації за межами супервізії.

Телефони довіри — це окремий формат, де анонімність часто є обов'язковою умовою. У таких ситуаціях етика зберігається через використання псевдонімів, відсутність вимоги ідентифікації, чітке обмеження тривалості контакту. Водночас, навіть в умовах анонімності, терапевт зобов'язаний діяти з максимальною повагою до гідності клієнта, утримуватись від будь-яких оцінок, не нав'язувати релігійних, політичних чи особистих переконань.

ТЕМА 4. ОСОБИСТІСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА

План:

1. Професійно значущі якості ефективного психотерапевта.
2. Професійні навички психотерапевта та їх формування.
3. Здатність до постановки терапевтичних цілей.

Текст лекції:

Професійно значущі якості ефективного психотерапевта.

Психотерапевтична професія належить до так званих «допомагаючих» спеціальностей, у центрі яких — взаємодія між людьми. Проте, на відміну від більшості інших професій, психотерапія оперує не тільки знаннями, інструментами чи методиками. Її найголовніший «інструмент» — це сама **особистість терапевта**. Унікальна, жива, цілісна, складна. Саме через неї — через погляд, дотик голосу, інтонацію, паузу, реакцію — відбувається передача підтримки, уваги, стабільності й довіри. Саме особистість фахівця визначає, чи зможе клієнт відкритися, ризикнути бути вразливим, побачити себе з нового боку і знайти опору в собі.

Коли людина приходить до психотерапевта, вона, як правило, перебуває у стані дестабілізації. Вона сумнівається у собі, не бачить шляхів вирішення ситуації, її охоплюють суперечливі емоції — тривога, гнів, безпорадність, сором, провина. У такому стані особливо гостро зчитується не лише сенс сказаних слів, а й найдрібніші сигнали: чи терапевт справді тут? Чи безпечно йому довіритись? Чи прийме він мене? Чи витримає мої емоції? Саме тому на перший план виходить не техніка, а якість присутності.

Терапевт не просто виконує свою роль — він «є» у цьому процесі повністю. І саме **якість цієї присутності** визначає ефективність психотерапевтичного простору.

Здавалося б, що можна було б сформулювати перелік особистих якостей, якими має володіти хороший психотерапевт, навчити цього студентів — і отримати високоефективних фахівців. Але на практиці все складніше. Багато рис не можна «прищепити» зовні — вони або є, або формуються через довготривалу внутрішню роботу, зусилля і досвід. Наприклад, щирість, саморефлексія, здатність до відкритого контакту не можна замінити знанням формули: це не навик, який можна автоматично відтворити, а **стан свідомості**, в якому терапевт перебуває, коли працює з людиною.

Однією з центральних якостей, без якої психотерапія втрачає сенс, є **емпатія**. Це не просто здатність співпереживати, а внутрішнє зусилля зрозуміти — на глибшому рівні — те, що зараз переживає клієнт. Не обов'язково

переживати те саме. Важливо бути поруч так, щоб клієнт відчув: його бачать, його біль не залишився в ізоляції, його досвід — почутий. Часто емпатія виявляється у дрібницях: у тому, як терапевт реагує на мовчання, чи дозволяє людині плакати, чи підтримує її, коли та говорить про речі, які вважає «недостойними» або «ганебними».

Іноді емпатія проявляється не у словах, а в тиші. Коли терапевт не перебиває, не прагне заповнити паузу, не поспішає втішити — а просто є. Ця тиша може бути набагато значущішою за будь-яку пораду. Вона говорить: «Я тут. Ти не один. Усе, що ти переживаєш, має право на існування».

Разом з емпатією терапевту потрібна ще одна глибоко внутрішня якість — **емоційна стабільність**. Клієнт часто виносить у простір терапії найгостріші емоції — страх, гнів, сором, образу. Ці емоції можуть бути спрямовані і на терапевта. Якщо фахівець не має досвіду утримання напруження, якщо він сам легко тригериться, втрачає контроль або відповідає реакцією на реакцію — терапевтичний процес руйнується.

Емоційна стабільність — це не холодність. Це здатність **утримати себе в контакті**, не знецінюючи і не перекладаючи відповідальність на клієнта. Це здатність **витримати незнання, агресію, мовчання, відчай** — і залишатися поруч, спокійно, рівно, дбайливо. Важливо розуміти: психотерапевт, який сам перебуває в емоційному хаосі, не зможе бути точкою опори для іншого.

Ці якості нерозривно пов'язані з **саморефлексією** — внутрішньою здатністю бачити себе, помічати власні мотиви, упередження, реакції. Хороший терапевт завжди запитує себе:

«Чому я так відреагував?»,

«Що у цій розмові було моїм, а що клієнтовим?»,

«Чи не увімкнулись у мені власні незавершені конфлікти?».

Саморефлексія — це не критиканство, а здорова форма внутрішньої гігієни. Вона дозволяє не переносити власні емоції на клієнта, не потрапляти в пастку контрпереносу, не грати роль «всезнаючого експерта». Вона вимагає часу, чесності із собою, іноді болю. Але без неї терапія стає небезпечною.

Важливим доповненням до цього внутрішнього стану є **відкритість до змін і саморозвитку**. Світ змінюється, люди змінюються, самі терапевтичні методи змінюються. Якщо терапевт не здатен вийти за межі колись вивченого, він стає жорстким, шаблонним, обмеженим. Його робота втрачає живість.

Справжній фахівець ніколи не припиняє вчитись. У нього завжди є сумнів, він завжди шукає краще, не боїться сказати: «Я не знаю», «Я хочу з'ясувати це глибше», «Цей випадок став для мене викликом». Відкритість — це ознака сили, а не слабкості. Це чесність перед клієнтом, перед собою і перед професією.

Професійні навички психотерапевта та їх формування

Формування **професійних навичок психотерапевта** — це складний, багаторівневий процес, що поєднує теоретичне навчання, практику, власний досвід, супервізію, а найголовніше — особисту трансформацію. Знання теорії важливе, але саме в поєднанні з особистісною зрілістю воно перетворюється на справжню терапевтичну майстерність.

На початкових етапах навчання терапевт засвоює основи: що таке терапевтичний контракт, як працювати з різними запитами, як будувати структуру сесії, як діагностувати емоційні стани. Проте з часом важливішим стає не лише знання методів, а здатність **гнучко ними володіти**, адаптувати техніки до унікального контексту кожної особистості. Наприклад, одна і та сама техніка когнітивної реструктуризації у різних людей може мати діаметрально протилежні ефекти, якщо подати її без урахування особистісних меж, темпу, рівня емоційної регуляції.

Професійні навички — це не лише інструменти. Це також **постави**, які терапевт реалізує в практиці:

- повага до мовчання клієнта;
- здатність витримати амбівалентність;
- розпізнавання моментів, коли інтервенція зайва;
- вміння побачити, коли слід підтримати, а коли — дати простір.

Безперервний розвиток цих навичок відбувається через **супервізії** — спеціальні професійні зустрічі, де терапевт має змогу обговорити складні випадки з досвідченим колегою, побачити сліпі зони, знайти нові підходи, а головне — зберегти етичність і професійну ефективність. Без супервізії психотерапевт може непомітно для себе втратити ясність і нейтральність, особливо коли робота торкається особистісно значущих тем.

Етичність у роботі психотерапевта — не лише дотримання формальних правил. Це **внутрішня позиція**, що базується на глибокій повазі до людини, її гідності, автономії та унікального права на свою історію. Етичність починається з дрібниць: з того, як терапевт говорить, як слухає, як поводить себе в моменті напруги.

Психотерапія — це не місце для моралізування, оцінювання, вказівок, хто «правий», а хто «винен». Людина приходить не за осудом, а за простором, де її сприймуть цілісно, з усіма труднощами, вадами, протиріччями. Тому важливо не порушити цього простору ні діагностичними ярликами, ні нав'язуванням особистих переконань, ні проявами зверхності чи рятівництва.

Етичність також включає **дотримання меж**. Психотерапевт не має права будувати подвійні стосунки з клієнтами — дружні, романтичні, фінансові чи будь-які інші. Така заборона — не формальність, а захист самого клієнта. Адже

в терапії нерівність неминуча: клієнт — у вразливій позиції, терапевт — у силовій. І саме тому терапевт має бути особливо уважним до кожної дії, до кожного слова, до кожного невербального сигналу.

Ще одна складова професійної етичності — це **відповідальність**. Відповідальність за атмосферу сесії, за межі, за структуру, за формулювання, за інтервенції. Психотерапевт не несе відповідальності за життя клієнта загалом — але він відповідальний за якість тієї взаємодії, яка розгортається під час сеансу. Це означає, що фахівець не має права нехтувати тривожними сигналами, відмахуватись від складних тем, «зливатися» зі зв'язку без належного завершення.

Невід'ємним аспектом етичної позиції є **повага до особистості клієнта**. Кожен клієнт — унікальний носій історії, досвіду, культури, системи цінностей. Повага означає прийняття без умов. Це не означає схвалення всіх дій клієнта. Але означає готовність зустрітись з людиною без внутрішнього бажання змінити її «під себе». Часто терапевт має справу з особистістю, яка викликає в ньому складні почуття: клієнт може бути різким, закритим, агресивним, демонстративним. Повага полягає в тому, щоб бачити за цими реакціями біль, механізми захисту, незахищеність. І не реагувати на поверхню, а працювати з глибиною.

Ключовою здатністю терапевта у цьому контексті є **вміння встановлювати довірчий контакт**. Це не питання чарівності чи харизми. Це питання автентичності. Якщо терапевт щирий, уважний, уважно слухає, не перебиває, не нав'язує рішень — клієнт це відчує. Довіра не виникає з перших секунд, але вона формується крок за кроком, у кожному погляді, у кожній паузі, у кожному «Я вас чую» чи «Мені важливо, що ви зараз переживаєте».

Контакт не означає близькість у звичному сенсі. Це **професійна близькість**, у якій терапевт зберігає нейтральність, але не байдужість; дистанцію, але не холод; уважність, але не інтервенційність. Це тонка динамічна рівновага — як ходіння по канату. Але саме з цієї рівноваги й виростає справжня терапевтична присутність.

Остання характеристика, без якої неможливо працювати з широким спектром клієнтів — це **професійна гнучкість та адаптивність**. Психотерапевт не може бути догматичним, не може міряти всіх одним шаблоном. Один клієнт потребує структури, інший — простору. Один готовий до глибокої аналітичної роботи, інший — тільки до короткотермінової підтримки. Гнучкість полягає у здатності побачити, що зараз потрібне людині, і не нав'язувати їй те, до чого вона не готова.

Гнучкість — це не відмова від принципів. Це здатність застосовувати свої принципи **по-різному**, залежно від контексту. І водночас — бути щирим і стабільним у своєму професійному ядрі.

Навички активного слухання становлять ядро комунікативної компетентності психотерапевта. Вони ніби банальні: кожен з нас уміє слухати, чи не так? Але насправді активне слухання — це **професійна діяльність високої складності**, що вимагає концентрації, емпатії, інтерпретаційної гнучкості, а також великої самодисципліни.

Слухати — це не просто мовчати, поки говорить інший. Це — **бути включеним** у внутрішній світ людини, чути не лише слова, а й підтекст, емоції, паузи, недомовки. Професійне слухання — це коли терапевт не лише приймає інформацію, а й **перевіряє своє розуміння**, «відбиває» клієнтові його переживання, пропонує версії того, що стоїть за словами.

Психотерапевт, який володіє активним слуханням, ніколи не ставить метою «знати більше» — він ставить мету «розуміти глибше». Цей підхід означає, що в центрі уваги не факти, а **спосіб переживання клієнтом** цих фактів.

Активне слухання включає низку технік, які водночас є простими і тонкими у виконанні:

- **Парафраз** — переформулювання сказаного клієнтом, щоб перевірити, чи правильно його зрозуміли. Наприклад: *«Ви сказали, що останнім часом відчуваєте виснаженням — чи це означає, що у вас немає сил навіть на щоденні речі?»*
- **Уточнення** — запитання, які допомагають клієнтові зануритися глибше в тему. Наприклад: *«Що саме для вас було найбільш важливим у цій ситуації?»* або *«А як це вплинуло на ваше відчуття себе?»*
- **Відображення почуттів** — проговорювання емоцій, які, можливо, не були прямо названі. *«Мені здається, ви зараз відчуваєте сум і розгубленість...»*

Ці техніки працюють тільки тоді, коли терапевт **дійсно присутній** у діалозі. Це не «техніка заради техніки», а спосіб показати клієнтові: *«Я з тобою. Я намагаюсь зрозуміти, не оцінити. Мені важливо почути не просто твої слова, а твої відчуття, переживання, сенси»*.

Особливу роль у терапії відіграє **невербальна комунікація**. Люди передають значну частину інформації не словами, а **поглядом, мімікою, положенням тіла, тоном голосу, рухами рук**. У психотерапії терапевт повинен бути надзвичайно уважним до цих сигналів — і своїх, і клієнтових.

Наприклад, якщо терапевт формально каже: *«Я вас розумію»*, але при цьому дивиться вбік, позіхає чи перетинає руки, клієнт не повірить словам. Бо

тіло говорить інакше. І навіть якщо він цього не усвідомлює, на рівні підсвідомості відбудеться розрив у довірі.

Навпаки, **легкий нахил корпусу вперед, відкриті жести, м'який погляд, плавна інтонація, пауза у відповідний момент** — усе це формує у клієнта відчуття: «Мене дійсно слухають. Мені можна довіряти. Я у безпечному просторі».

Також важливо вміти **зчитувати невербальні сигнали клієнта**. Часто слова можуть бути нейтральними або навіть позитивними, а тіло видає інше: стиснені кулаки, згорблена постава, напружене дихання. Психотерапевт має звертати на це увагу не для діагностики, а для **розширення простору усвідомлення клієнта**: *«Я бачу, що коли ви це згадали, ви сильно стиснули руки. Що ви в цей момент відчували?»*

Такі інтервенції допомагають клієнту з'єднатися зі своїм тілом, своїми реакціями, власною емоційною правдою.

Невербальна комунікація — це ще й **мова тіла самого терапевта**. У кожному жесті, русі, навіть у тому, як він сідає, як дихає — клієнт вчитує послання. І тому дуже важливо, щоб терапевт сам **був у контакті зі своїм тілом**, не демонстрував напругу, не передавав клієнтові свій внутрішній дискомфорт.

Це не означає, що терапевт має бути «ідеальною фігурою». Навпаки — **людяність, автентичність, жива реакція** — важливіша, ніж «професійна поза». Але ця людяність має бути усвідомленою. Якщо терапевт зникнув, варто дати собі момент зібратись. Якщо зреагував емоційно — визнати це й повернутись до стабільної присутності.

Усе це — активне слухання, невербальні сигнали, емпатійна присутність — це **способи прояву особистості психотерапевта** в процесі терапії. Це не окремі навички, а **єдина система професійного буття**, яка формується роками. І цей процес ніколи не завершено остаточно.

Хороший терапевт — це не той, хто «вивчив все» і «має відповіді». А той, хто продовжує вчитись. Хто зберігає чутливість. Хто здатен зупинитись, якщо не впевнений. Хто бере відповідальність. Хто пам'ятає, що перед ним не діагноз і не «клієнт з проблемою», а жива людина з історією, болем, надіями і правом бути почутою.

Здатність до постановки терапевтичних цілей

Ще однією важливою рисою зрілого психотерапевта є **здатність до постановки терапевтичних цілей**. Ця здатність вимагає як аналітичного мислення, так і глибокого розуміння процесу змін. Психотерапія — це не вільний діалог без напрямку, а структурована взаємодія, де клієнт приходить із запитом, а терапевт допомагає цьому запиту набути чіткої форми.

Постановка цілей — це не директивне призначення терапевтом курсу дій, а **спільний процес**. Терапевт, орієнтуючись на запит клієнта, допомагає йому сформулювати досяжну, конкретну, екологічну мету. Наприклад, замість абстрактного *«Хочу стати щасливішим»*, ціль може звучати як: *«Навчитись відстоювати свої межі у стосунках із колегами»*, або *«Зменшити прояви паніки в соціальних ситуаціях»*. Така конкретизація не лише полегшує оцінку ефективності роботи, а й сприяє розвитку суб'єктності клієнта — він відчуває, що контролює свій шлях, що може впливати на себе і на своє життя.

Щоб терапевт міг ефективно працювати з різними цільовими орієнтирами клієнтів, йому необхідно **володіти знанням різних методів психотерапії** та розуміти, коли, з ким і як їх застосовувати. Це знання не повинне бути поверхневим. Воно має охоплювати теоретичну базу методу, його технічний арсенал, а також контекст ефективності: для яких розладів, вікових груп, соціальних ситуацій метод найбільш придатний.

Сучасний психотерапевт не обмежується одним методом. Йому необхідно мати **інтегративний підхід**, у якому методи не змагаються між собою, а збагачують один одного. Наприклад, психодинамічна глибина може поєднуватися з когнітивною структурністю, а тілесна робота — з наративним осмисленням досвіду. Але це вимагає **глибокої підготовки**, а не еклектичного поєднання прийомів без чіткого розуміння механізмів дії.

Професійне зростання психотерапевта неможливе без **рефлексії власної практики**. Це постійний процес: після кожної сесії, кожного курсу роботи з клієнтом терапевт має повертатися до себе з питанням: *«Що я побачив? Як я працював? Що спрацювало, а що ні? Що було моїм вкладом, а що — ініціативою клієнта?»*.

Без рефлексії професійна ідентичність терапевта стає застиглою. Він починає діяти за шаблоном, втрачає здатність до адаптації і, що гірше, ризикує переносити власні незавершені історії на клієнта. Тому **постійне навчання** — не побажання, а необхідність. Курси підвищення кваліфікації, участь у конференціях, робота в терапевтичних групах, особиста терапія, читання актуальних публікацій — усе це підтримує гнучкість, інтерес, професійну «пластичність», без якої втома й професійне вигорання — лише питання часу.

Основні вимоги до психотерапевта як до фахівця включають кілька обов'язкових рівнів:

1. **Наявність профільної освіти.** Психотерапевт повинен мати вищу психологічну або медичну освіту — це базова умова для розуміння закономірностей розвитку, психічних процесів і норм психічного здоров'я.

2. **Спеціалізована підготовка в галузі психотерапії.** Це означає проходження сертифікаційної програми в межах визнаного напрямку

(наприклад, КПТ, гештальт, психоаналіз, екзистенційна терапія). Навчання має бути тривалим, ґрунтовним, з обов'язковими модулями супервізії, практики та особистої терапії.

3. Сертифікація та членство в професійній організації. Це забезпечує фахівцеві доступ до професійного середовища, етичного регламенту, механізмів професійної відповідальності.

4. Дотримання етичних норм професії. Етичні принципи не є другорядними — вони становлять моральну основу терапевтичної взаємодії.

Серед етичних принципів психотерапевта ключовими є:

- **Конфіденційність.** Усе, що розповідає клієнт, не підлягає розголошенню. Виняток — загроза життю клієнта або інших осіб, але навіть у такому випадку терапевт діє обережно, з обґрунтованою мотивацією і, за можливості, з попередженням клієнта.

- **Захист особистих даних.** Записи сесій, звіти, обговорення кейсів — усе має бути захищене технічно і юридично, з дотриманням чинного законодавства.

- **Повага до автономії клієнта.** Терапевт не керує життям клієнта. Він не дає порад типу *«Вам треба розлучитись»* або *«Переїдьте до батьків»*. Навпаки — завдання терапевта полягає у підтримці процесу самостійного вибору клієнта. Це включає толерантність до помилок, до коливань, до багатовекторності рішень клієнта.

- **Уникнення конфлікту інтересів.** Терапевт не має права приймати у терапію осіб, з якими його пов'язують інші стосунки: родинні, ділові, романтичні, навіть дружні. Такі конфлікти призводять до втрати нейтральності, зміщення фокуса з клієнта, зростання ризику неетичної поведінки.

Ці вимоги — не просто формальність. Вони формують **моральний простір терапії**, у якому клієнт відчуває захищеність, повагу, контроль над власною історією. Порушення будь-якого з принципів — це не просто професійна помилка. Це втрата довіри, яка не завжди може бути відновлена.

Особистість психотерапевта — це не фіксована константа, не набір «ідеальних» рис, а **жива, динамічна система**, що постійно змінюється, розвивається, шліфується в щоденному досвіді. Саме тому завершити міркування над цією темою доречно роздумами про глибші горизонти розвитку психотерапевта — не як функціонального спеціаліста, а як **людини, яка обрала бути поруч з іншими в найскладніші моменти їхнього життя**.

Щоб виконувати цю місію, психотерапевту важливо залишатися не лише професійно озброєним, а й **людяним**. Вміння визнавати власні помилки, переживати сумніви, шукати відповіді, бути вразливим — усе це не суперечить

професіоналізму, а навпаки — поглиблює його. Там, де терапевт вдає із себе «всезнаючого експерта», він втрачає справжній контакт із клієнтом. Там, де він чесно зізнається: «Я не знаю, але я з вами в пошуку» — народжується **співпричетність**, яка лікує.

У сучасному світі, де прискорюється темп життя, де зростає кількість запитів, пов'язаних з тривогою, вигоранням, втратами, кризами і самоідентифікацією, психотерапевт виступає як **носії стабільності та цілісності**. Його особистість — це джерело спокою, емпатії та ясності. Він не створює ілюзії безконфліктного життя, не пропонує універсальних рецептів, але дає можливість клієнтові **повернутись до себе**, відновити зв'язок з внутрішніми ресурсами. Цей процес неможливий без **постійного професійного вдосконалення**. Бути психотерапевтом — означає залишатися студентом протягом усього життя. Нові дослідження, відкриття в нейронауці, прикладній психології, культурних студіях, трансформація соціальних норм — усе це впливає на терапевтичну практику. Фахівець, який закрився в межах знань десятирічної давності, поступово втрачає чутливість до нових клієнтських запитів і світоглядних зсувів. Саме тому так важливо **читати, досліджувати, відвідувати семінари**, спілкуватися з колегами, проходити супервізії.

Не менш важливою є **особиста терапія**. Психотерапевт, який не пропрацював власні конфлікти, травми, незавершені стосунки, рано чи пізно переносить ці тіні у контакт з клієнтом. І це вже не допомога, а маніпуляція. Саме тому етичні кодекси багатьох терапевтичних шкіл вимагають від фахівця обов'язкового проходження особистої терапії як частини підготовки та підтримки фахової діяльності.

Окремим аспектом зрілої особистості психотерапевта є **розуміння соціальної відповідальності**. Психотерапевт працює не лише з індивідом — опосередковано він впливає на родини, спільноти, професійні середовища. У цьому сенсі його професійна позиція має бути етично обґрунтованою і соціально свідомою. Це означає, що терапевт не залишає без уваги дискримінацію, стигматизацію, інші прояви соціальної несправедливості. Він має голос — і може використовувати його для підтримки вразливих груп.

Варто сказати: особистість психотерапевта — це не зразок «ідеальної зрілості». Це людина в процесі: в пошуку, у розвитку, в діалозі з собою і з клієнтом. Але якщо в цій людині присутня **емпатія, відкритість, здатність витримувати напруження, готовність до рефлексії й глибока повага до особистості іншого** — саме вона стає тим середовищем, у якому розкривається сила психотерапії.

ТЕМА 5. ПРОБЛЕМА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ: КРИТЕРІЇ ТА МЕТОДИ ОЦІНКИ

План:

1. Чинники, що визначають ефективність психотерапії.
2. Очікування клієнта.
3. Готовність клієнта до співпраці.
4. Специфіка дії конкретних методів психотерапії.

Текст лекції:

У сучасній психотерапії дедалі більше уваги приділяється не лише самому процесу, але й результату. Питання ефективності стоїть у центрі фахових дискусій, оскільки саме від нього залежить довіра до психотерапії як до науково обґрунтованої практики допомоги. Клієнти, фахівці, страхові компанії, науковці — усі хочуть знати: чи працює терапія, як виміряти її результативність, від чого вона залежить, і які методи — найбільш дієві?

Проблема ускладнюється тим, що психотерапія має справу з **внутрішнім світом особистості**, де зміни не завжди видно зовні, не завжди вимірюються чіткими показниками, і часто проявляються не відразу. Крім того, ефективність може означати різне: для одного клієнта — зникнення симптомів, для іншого — глибше розуміння себе, для третього — покращення якості стосунків.

Щоб орієнтуватись у цій складній реальності, потрібно розглядати **ефективність психотерапії** як багатовимірне явище, що залежить від низки чинників: суб'єктивних, міжособистісних і методичних.

Чинники, що визначають ефективність психотерапії

1. **Суб'єктивні чинники** — особистість клієнта, його мотивація до змін, рівень усвідомленості, тип захистів, досвід попередньої допомоги, рівень довіри до терапевта.

2. **Терапевтичний альянс** — один із найсильніших предикторів ефективності. Без взаємної довіри, прийняття, узгодженості цілей і взаємоповаги будь-яка техніка втрачає сенс.

3. **Компетентність терапевта** — як теоретична обізнаність, так і здатність адаптувати методи до контексту клієнта.

4. **Контекст** — життєві обставини клієнта, підтримка в соціальному оточенні, економічні й культурні умови.

Очікування клієнта

Очікування клієнта суттєво впливають на перебіг терапії. Якщо людина вірить у можливість позитивних змін, вона активніше включається в процес. Проте, якщо очікування надмірні або нереалістичні (наприклад, «після трьох

сесій я стану щасливим»)), вони можуть породити розчарування. Завдання терапевта – **прояснити і погодити очікування.**

Очікування можуть мати дві функції:

- **Мотиваційну** – стимулюють до змін;
- **Бар'єрну** – перешкоджають глибинній роботі, якщо є ідеалізовані уявлення.

Готовність клієнта до співпраці

Психотерапія – це не пасивне лікування. Вона вимагає включеності. Готовність до співпраці означає:

- готовність говорити правду (навіть неприємну),
- толерантність до емоційних навантажень,
- здатність бути в процесі навіть у періоди «затишшя» чи регресу.

У деяких випадках психотерапія починається саме з формування цієї готовності. Терапевт не примушує, а підтримує бажання клієнта бути у контакті.

Специфіка дії конкретних методів психотерапії

Різні методи мають різні механізми дії:

- **Когнітивно-поведінкова терапія** – швидка, структурована, ефективна при тривожних і депресивних розладах, піддається вимірюванню.
- **Психоаналітична терапія** – повільна, глибока, орієнтована на реконструкцію внутрішнього світу, ефективна при особистісних розладах.
- **Гештальт-терапія** – акцент на усвідомленні і контакті «тут і тепер».
- **Сімейна терапія** – працює з системою, а не з індивідом.

Оцінюючи ефективність, слід враховувати мету методу і тип запиту клієнта.

Критерії ефективності терапії

1. **Симптоматичні** – зменшення інтенсивності скарг, наприклад, тривоги, сну, болю.
2. **Поведінкові** – нові стратегії дій, уникнення токсичних сценаріїв, більш вільна поведінка.
3. **Когнітивні** – зміна мислення, нові переконання, подолання когнітивних викривлень.
4. **Емоційні** – здатність визнавати почуття, толерувати емоції, зменшення афективних коливань.
5. **Екзистенційні** – зростання сенсу, суб'єктності, здатність до самовизначення.

Методи оцінки ефективності

- **Психодіагностичні методики** (Бек, Гамільтон, ММРІ).
- **Суб'єктивна оцінка клієнта** (анкети, опитування, вільні описи).
- **Спостереження терапевта** (динаміка поведінки, комунікації, символіки).
- **Рефлексія запиту** — порівняння формулювання запиту на старті і в кінці терапії.

Інтегративний підхід до оцінки

Оцінка ефективності має бути багаторівневою. Наприклад, зникнення симптомів — лише початок. Глибока терапія включає:

- нову ідентичність;
- зміну стилю життя;
- нові способи стосунків;
- стабільність у кризах.

Інтегративний підхід дає змогу бачити **не тільки результат, а і якість процесу**, внутрішню трансформацію.

Етапи терапії й ефективність

1. **Початок** — створення альянсу, формування запиту, довіри.
2. **Опрацювання** — активна фаза змін, усвідомлення конфліктів, симптомів.
3. **Завершення** — закріплення результатів, самостійність.
4. **Післятерапевтична підтримка** — період перевірки стабільності результатів.

Кожен етап має свої критерії ефективності. Справжні зміни — це не лише «полегшення», а здатність самостійно справлятися з життям після терапії.

Культурні, індивідуальні та екзистенційні аспекти

Ефективність — завжди **індивідуальна**. Для когось — це навчитись відчувати, для іншого — зменшити залежність, для третього — прийняти себе. Культура теж грає роль: у колективістських суспільствах ефективність — гармонія, у західних — автономія.

Терапевт має розуміти: **немає універсальної «нормалізації»**, є зростання у межах унікальної особистості.

Посттерапевтична підтримка

Завершення терапії не завжди означає кінець змін. Посттерапевтичні консультації, підтримувальні сесії, участь у групах – усе це допомагає **інтегрувати результати** і зберегти зміни на тривалий час.

Ефективна терапія – це не «вилікувати», а:

- допомогти людині стати суб'єктом,
- навчити бути з собою і з іншими,
- відновити здатність діяти, відчувати, розуміти.

Це довгий шлях, на якому не лише клієнт зростає, а й терапевт глибше розуміє сенс допомоги.

ТЕМА 6. ОСОБЛИВОСТІ ТА МЕТОДИ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

План:

1. Психодинамічна концепція З. Фрейда.
2. Психодинамічна теорія Юнга.
3. Поняття гуманістичного психоаналізу Фрома.
4. Концепція К. Хорні.
5. Психотерапія міжособистісних стосунків Г. Селлівана.

Текст лекції:

Психодинамічна терапія є одним із фундаментальних підходів у сучасній психотерапії, який сформувався на основі класичного психоаналізу Зигмунда Фрейда, але з часом набув гнучкості, відкритості до змін і широкого міждисциплінарного впливу. Це не лише терапевтична техніка, а ціла **антропологічна концепція**, яка трактує людину як істоту, що має внутрішню історію, конфлікти, несвідомі імпульси й потенціал для зцілення через усвідомлення.

Психодинамічна концепція З. Фрейда: філософія і мета

Зигмунд Фрейд розробив першу ґрунтовну модель психіки, яка запровадила в наукову думку уявлення про **несвідоме** як про глибинний пласт людського внутрішнього життя. Його підхід пояснював психологічні симптоми як наслідок **внутрішнього конфлікту між потягами (Ід) і заборонами (Супер-Его)**, які через Его виводяться у поведінку, думки, сни, фантазії, неврози.

Фрейд вважав, що свідомість — лише «верхівка айсберга». Під нею — величезна кількість витіснених бажань, дитячих спогадів, страхів, травм, які продовжують впливати на людину, не зважаючи на їхню неусвідомленість. Основна мета психоаналітичної терапії — **перетворити несвідоме на свідоме**, дати людині можливість зрозуміти внутрішній конфлікт, розпізнати його корені та змінити власні життєві сценарії.

Ключові положення психодинамічної терапії

Психодинамічна терапія базується на низці засадничих принципів:

- **Несвідоме існує і діє постійно** – впливаючи на почуття, вибори, поведінку.
- **Симптом має смисл** — він є вираженням внутрішнього конфлікту, а не просто «збоєм».
- **Дитячий досвід формує шаблони сприйняття і реагування**, які зберігаються в дорослому житті.
- **Стосунки з терапевтом відтворюють емоційні схеми минулого**, дозволяючи їх усвідомити і переосмислити.

- **Трансформація відбувається через діалог, інтерпретацію, інсайт,** а не через прямі вказівки чи інструкції.

Базисні техніки психодинамічної терапії: не лише класика

Метод вільних асоціацій. Пацієнт говорить все, що спадає на думку. Цей вільний потік — не безлад, а цінний матеріал, в якому проявляються витіснення, повторення, оборони. Асоціації «перескакують» — і ці переходи відкривають дорогу до витісненого змісту.

Аналіз сновидінь. Сни розглядаються як прояв латентного змісту: символічного, зашифрованого вираження несвідомих бажань. Наприклад, сюжет про поїздку потягом може приховувати тему переходу, втечі або втрати контролю. Розуміння сну вимагає знання символів і тонкої роботи з асоціаціями пацієнта.

Інтерпретація. Це не просто пояснення, а мистецтво. Вона має бути точкою «відкриття» — не надто ранньою (інакше клієнт відштовхне її), не надто пізньою (інакше втратить терапевтичну можливість). Інтерпретація — це виклик до нового осмислення себе, як дзеркало, що відображає несвідомі структури.

Аналіз опору. Опір — це природна частина терапії. Усе, що заважає контакту, є опором: іронія, мовчання, «втрата» теми, запізнення, забування, навіть компліменти терапевту. Його завдання — не ламати опір, а визнати і дослідити: *«Чому зараз важко це сказати?»*.

Аналіз переносу. Це «серце» терапії. Клієнт «бачить» у терапевті когось із минулого (батька, матір, обидва одночасно) і повторює знайомий емоційний сценарій. Завдяки цьому переносу вдається повернутись до джерела болю — але з можливістю прожити це по-іншому. Терапевт витримує ці проекції і поступово допомагає їх усвідомити.

Психодинамічна теорія Карла Густава Юнга

Юнг, колишній учень і колега Фрейда, відійшов від біологічної моделі несвідомого і створив **аналітичну психологію** — концепцію, яка інтегрує філософію, символіку, міфологію, духовність. Він розширив уявлення про несвідоме, увів поняття **колективного несвідомого**, яке містить **архетипи** — універсальні образи: Героя, Матері, Дитини, Мудреця.

Юнг підкреслював не лише хворобу, а й **потенціал зростання**, що існує в кожній людині. Його терапія — це подорож до себе, не лише як звільнення від симптому, а як пошук цілісності.

Основні концепції Юнга в терапії

- **Тінь** — усе витіснене, неприйняте: агресія, заздрість, сексуальність. Лише прийнявши Тінь, особистість може стати цілісною.

- **Аніма/Анімус** — жіноче в чоловікові, чоловіче в жінці. Психологічне збагачення через інтеграцію протилежного начала.
- **Самість** — центр психіки, інтегрована цілісність, якої особистість прагне несвідомо.
- **Індивідуація** — процес становлення себе, вихід за межі маски (Персони) до глибинної Самості.

Психотерапевтичний процес у юнгіанському підході

На відміну від Фрейда, який працював переважно з симптомом, Юнг вважав, що терапія має орієнтуватись на **сенса, символ, архетип**. Робота зі снами, міфами, малюнками, активною уявою дозволяє обійти логічні бар'єри й торкнутись глибин душі.

Терапевт тут не «лікар», а **свідок і супровідник**. Він іде поряд, не веде, а спостерігає і підтримує. У діалозі народжується новий сенс, а символіка служить провідником до цілісності.

Життєвий цикл у психодинаміці Юнга

Юнг першим заговорив про **другу половину життя** як окремий психотерапевтичний простір. У 20–30 років особистість будує соціальні ролі, реалізує очікування. Після 35–40 років настає «криза середини життя», де стає недостатньо соціального успіху — з'являється питання: «*Хто я?*».

Психотерапія у цей період — це **допомога в пошуку нових цінностей, глибших сенсів, внутрішньої автономії**, прийняття своєї обмеженості та одночасно — зв'язку з вічним, архетипним.

Психодинамічна терапія не зводиться до набору технік. Це **гуманістична філософія**, де симптом має смисл, де несвідоме — не ворог, а джерело потенціалу, де терапія — не маніпуляція, а діалог, в якому змінюються обидві сторони.

У центрі цього підходу — **людина як жива, багатовимірна істота**, з історією, болем, таємницею, символом, прагненням до цілісності. І завдання психотерапевта — не пояснити, а **допомогти усвідомити, не дати відповідь, а створити простір, у якому вона народиться сама**.

Основні положення адлеріанського вчення

Альфред Адлер — один із перших психоаналітиків, який розчарувався у фрейдівській концепції лібідо як головного рушія психіки. Його підхід відзначався **цілісним і соціально орієнтованим баченням особистості**. У центрі його вчення — не сексуальність, а прагнення до вдосконалення, почуття меншовартості й компенсація.

Ключове поняття — **почуття неповноцінності** — є не патологією, а універсальним і природним переживанням. Воно виникає ще в ранньому

дитинстві і спонукає людину шукати шляхи самоствердження. У кожного цей процес відбувається індивідуально: хтось компенсує це розвитком інтелекту, хтось — владністю, інші — надмірною догодливістю.

Важливі принципи Адлера:

- **Стиль життя** формується у віці до 5 років і визначає, як людина сприймає себе та світ. Він залежить від атмосфери у родині, черговості народження, стилю виховання.
- **Життєвий сценарій** не є фатальним — його можна переосмислити і змінити в терапії.
- **Почуття спільності** (Gemeinschaftsgefühl) — соціальна спрямованість, що проявляється у здатності до емпатії, кооперації, альтруїзму. Адлер вважав його основним критерієм психічного здоров'я.
- **Фіктивні цілі** — уявні образи «ідеального Я», які, хоча й недосяжні, задають напрям розвитку.

Адлер підкреслював, що людська поведінка завжди **цілеспрямована**. Симптом — не безглузда помилка, а функціональна реакція, що «допомагає» досягти несвідомої мети, наприклад, уникнути поразки, контролювати інших, привернути увагу.

Особливості психотерапевтичного процесу в індивідуальній психології

Адлеріанська терапія є **активною, діалогічною і спрямованою на зміну життєвої позиції клієнта**. Її основна мета — підвищити рівень усвідомлення життєвих цілей клієнта та змінити стиль життя на більш адаптивний, соціально орієнтований.

Терапевтичний процес проходить через кілька етапів:

1. **Установлення контакту** — формування атмосфери безпеки, співпраці, заохочення.
2. **Діагностика стилю життя** — аналіз спогадів дитинства, сімейних ролей, фантазій, улюблених казок, снів.
3. **Інтерпретація життєвого сценарію** — допомога клієнту у виявленні власних переконань, страхів, способів компенсації.
4. **Формування нових стратегій** — розвиток соціального інтересу, навичок відповідального вибору, подолання фіктивних цілей.

Важливою технікою є **"реконструкція пам'яті"** — аналіз значущих епізодів дитинства як символів життєвих установок. Наприклад, якщо клієнт пам'ятає, що його завжди залишали самого — це не лише факт, а й частина стилю: *«Я маю покладатися лише на себе»*.

Терапевт у підході Адлера активно висловлює гіпотези, підтримує, кидає виклик, але завжди залишається на боці клієнта. **Ставка робиться на потенціал особистості, її силу самовизначення, а не на хворобу.**

Поняття гуманістичного психоаналізу Еріха Фромма

Еріх Фромм — яскравий представник неопрейдизму, який зосередився на поєднанні психоаналізу з філософією, культурологією, соціологією. Він намагався осмислити людину як істоту, що прагне не тільки задоволення, а й сенсу, зв'язку, любові, укорінення в світі.

Основні положення:

- Людина має **екзистенційні потреби**: у безпеці, у зв'язку з іншими, у подоланні ізоляції, у самореалізації.
- Проблеми виникають тоді, коли ці потреби задовольняються **деструктивними способами** (владою, підпорядкуванням, втечею).
- Сучасне суспільство часто підштовхує особистість до **відчуження**, підміни автентичної свободи конформізмом.
- **Любов** у Фромма — це не емоція, а **етичне ставлення до світу**: вміння піклуватися, відповідати, розвиватися.

Гуманістичний психоаналіз — це не лише пошук причин проблем, а **шлях до більш зрілої, свідомої, відповідальної особистості.**

У терапії за Фроммом важливо:

- переосмислити систему цінностей;
- розвинути здатність любити і працювати;
- вивести клієнта з пасивної позиції в активну — творця життя.

Концепція К. Хорні: міжособистісна тривога і шлях до справжнього Я

Карен Хорні відмовилася від фрейдівської концепції сексуальних мотивів як базових, натомість акцентувала увагу на **взаєминах дитини з батьками**, атмосфері в родині, стилі виховання. Її вчення зосереджене на **базовій тривозі** — глибинному почутті небезпеки, яке виникає, якщо дитина не відчувається коханою, захищеною.

Щоб впоратися з базовою тривогою, дитина формує захисні стратегії, які згодом стають **невротичними потребами**:

- потреба у схваленні,
- потреба у контролі,
- потреба в домінуванні чи підпорядкуванні.

В основі проблем — **розрив між справжнім Я (життєвим, унікальним) і ідеалізованим Я**, якого особистість намагається досягти, аби заслужити любов.

У терапії:

- клієнт вчиться розпізнавати свої **вимоги до себе** («Я маю бути ідеальним») і працювати з ними.
- важливо розкрити **приховану ворожість до себе**, що проявляється в самокритиці, соромі, самознищенні.
- процес спрямований на **повернення до справжнього Я**, звільнення від образів, нав'язаних суспільством чи травматичним досвідом.

Мета характерологічного аналізу в психодинамічній терапії

Характер у психодинамічному підході — це не сукупність рис, а **динамічна система адаптацій, витіснень, фіксацій і захистів**, що формуються як відповідь на ранній досвід. Аналіз характеру дозволяє виявити, **які саме механізми заважають гнучкій поведінці**, які афекти заблоковані, які потреби не усвідомлюються.

Завдання терапевта:

- відстежити **патерни реакцій у стосунках**;
- з'ясувати, як клієнт сам собі заважає;
- допомогти вивести афекти з тілесного або поведінкового рівня у свідомість;
- інтегрувати **нові способи переживання і реагування**.

Це процес тривалий, але ефективний: характерологічна робота змінює не просто симптом, а сам спосіб буття.

Психотерапія міжособистісних стосунків Г. Селлівана

Гаррі Селліван вважав, що **вся психіка — це результат і вираз стосунків**. Його міжособистісна теорія підкреслює, що ми існуємо тільки у взаємодії. Симптоми — не тільки внутрішній конфлікт, а **відображення порушених схем взаємин**.

Селліван вважав тривогу ключовим чинником: вона не лише стан, а **рушій формування «системи Я»** — набору стратегій, що допомагають уникати небезпеки, але можуть блокувати зростання.

У терапії він звертав увагу на:

- **«проміжні змінні»** — способи передачі тривоги в сім'ї;
- **роль терапевта як «учасника-спостерігача»**, що не нейтральний, а співприсутній;
- **«самоосвідомлення»** — вміння бачити, як ти дієш у стосунках, і змінювати ці патерни.

Мета терапії — не лише зрозуміти себе, а й **навчитися встановлювати здорові, автентичні, повноцінні стосунки**, які замінюють патологічні схеми, засвоєні в дитинстві.

ТЕМА 7. ТРАНСАКТНИЙ АНАЛІЗ

План:

1. Теоретичні основи трансактного аналізу: мета, завдання, принципи
2. Моделі его-станів за Е. Берном.
3. Поняття про трансакції. Види трансакцій.
4. Техніки психотерапевтичної роботи в трансактному аналізі.

Текст лекції:

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

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

Теоретичні основи трансактного аналізу: мета, завдання, принципи

Головна мета трансактного аналізу – **досягнення автономії**, тобто здатності людини:

- бути усвідомленою (усвідомлювати себе, свої почуття, мотиви);
- жити спонтанно (не за сценарієм, а згідно з поточними потребами);
- бути здатною до інтимності (близькості без ігор, маніпуляцій і масок);
- брати відповідальність за своє життя.

Завдання трансактного аналізу:

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

Принципи трансактного аналізу:

- Людина в порядку: базова філософія ТА, яка припускає, що кожна людина має цінність незалежно від своїх дій.
- Кожен здатен думати і несе відповідальність за свої рішення.
- Кожна людина може змінити свій життєвий сценарій.

Моделі его-станів за Е. Берном

Его-стан — це структурна одиниця особистості, яка включає послідовний спосіб мислення, відчування і поведінки. Це не «роль» чи «настрій», а комплекс станів свідомості, що можуть змінюватися залежно від ситуації.

Три головні его-стани:

1. **Батько** — внутрішній образ фігур авторитету з дитинства (мама, тато, вихователі). Він може бути:

- *Критичним* — встановлює правила, засуджує, карає.
- *Піклувальним* — захищає, турбується, підтримує.

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

3. **Дитина** — набір переживань, реакцій і стратегій, засвоєних у дитинстві:

- *Вільна Дитина* — природна, емоційна, творча;
- *Адаптована Дитина* — пригнічена, слухняна або протестна;
- *Маленький Професор* — інтуїтивно-маніпулятивний, схильний до гіпотез.

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

Поняття про трансакції

Трансакція — це одиниця соціальної взаємодії, в якій одна особа звертається до іншої з певного его-стану, а інша відповідає з того ж або іншого стану.

Наприклад:

- *Мати каже: «Ти ще не поїв?»* (Батько)
- *Дочка відповідає: «Я не голодна»* (Дитина)

У ТА ми аналізуємо не лише зміст, а й **емоційний тон, положення тіла, міміку**, адже саме вони розкривають істинну «якість» трансакції.

Види трансакцій

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

- Дорослий → Дорослий
- Батько → Дитина → Батько

Такі трансакції підтримують стабільну комунікацію.

2. **Перехресні** — відповіді з іншого его-стану, ніж очікується:

- Дорослий → Дорослий, але відповідь із Дитини

Це викликає непорозуміння, конфлікти, зупинення діалогу.

3. **Приховані (багаторівневі)** — мають явний і прихований сенс:

- Людина говорить як Дорослий, але «внутрішньо» звертається як Дитина →

Батько

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

Правила комунікації

ТА пропонує **етичну і практичну модель спілкування**, яка сприяє прозорості, ефективності, зниженню конфліктності.

Основні правила:

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

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

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

Типові сценарні послання:

- «Не будь важливим», «Не відчувай», «Не успішуй», «Не будь собою»
- «Ти повинен завжди догоджати», «Ніхто тебе не полюбить»

У терапії відбувається:

- ідентифікація сценарію;
- усвідомлення рішень, які підтримують його;
- формування **нових рішень** (redecision), які базуються на Дорослому.

Автономія — це свобода **жити не за нав'язаним планом**, а за власним вибором.

Техніки психотерапевтичної роботи в трансактному аналізі

ТА має чітку, структуровану методологію. Основні техніки включають:

1. Контрактування:

- Ясна домовленість між терапевтом і клієнтом про мету роботи, роль кожного, критерії успіху.

2. Структурний аналіз:

- Вивчення его-станів клієнта: які домінують, які витіснені, які «захоплюють» поведінку.

3. Аналіз трансакцій:

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

4. Ігровий аналіз:

- Виявлення повторюваних конфліктів, у яких клієнт отримує «вторинну вигоду» (право жалітись, ображатись, уникати рішень тощо).
- Вивчення **ігрових сценаріїв**: «Подивись, що ти зі мною зробив», «Тільки спробуй ще раз».

5. Сценарний аналіз:

- Робота з дитячими рішеннями та батьківськими директивами. Переписування сценарію — через нові рішення, засновані на Дорослому.

6. Робота з внутрішнім діалогом:

- Моделювання розмов між Батьком, Дитиною, Дорослим.
- Вправа: «Що сказав би твій внутрішній Батько? А що Дорослий?»

ТА працює на рівні **усвідомлення, інсайту, поведінкових змін і емоційного розвантаження**, що робить її ефективною у короткостроковій і довготривалій терапії.

ТЕМА 8. ЗАГАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ В ГЕШТАЛЬТПСИХОЛОГІЇ

План:

1. Теоретико-методологічні засади гештальттерапії
2. Основні принципи гештальттерапії
3. Техніки гештальттерапії.
4. Поняття «цикл контакту». Зриви циклу контакту (опори в гештальті).
5. Основні методи роботи в гештальттерапії
6. Групова гештальттерапія

Текст лекції:

Теоретико-методологічні засади гештальттерапії

Гештальттерапія сформувалась у другій половині ХХ століття як відповідь на надмірну інтелектуалізацію класичного психоаналізу та механістичний підхід до людини у біхевіоризмі. Засновниками вважаються **Фріц Перлз, Лора Перлз і Пауль Гудман**, які у 1950-х роках у США започаткували новий напрям психотерапевтичної практики, що поєднав у собі гештальтпсихологію, феноменологію, екзистенціалізм, психоаналітичну практику та тілесно-орієнтовані підходи.

Основні теоретичні джерела гештальттерапії:

- **Гештальтпсихологія** (М. Вертгаймер, В. Келер, К. Коффка) — ідея про те, що свідомість організовується не з окремих елементів, а як цілісні образи або гештальти. Це дало основу уявленню про завершеність психічних процесів.
- **Феноменологія** (Е. Гуссерль) — спрямованість на досвід, «як він є», без його інтерпретації чи спотворення. Фокус на тому, що відчувається тут-і-зараз.
- **Екзистенціалізм** (Сартр, Бубер, Ясперс) — увага до вибору, відповідальності, автентичності, сенсу життя.
- **Польова теорія К. Левіна** — ідея про те, що поведінка людини є функцією її взаємодії з полем (тобто з оточенням і внутрішнім станом).
- **Тілесна психотерапія** (В. Райх) — значення тілесних блоків, невербальної виразності.

Таким чином, гештальттерапія виникла як **інтегративний, цілісний, недирективний підхід**, який орієнтується на досвід клієнта, його відчуття, рух, образи, потреби та взаємодію з терапевтом у моменті тут-і-зараз.

Слово «**гештальт**» походить із німецької мови й означає «форма», «структура», «цілісний образ». У психології воно вперше було вжите у гештальтпсихології на позначення цілісних структур сприйняття: людський розум схильний організовувати фрагментарну інформацію у впізнаванні,

завершені образи. Наприклад, ми бачимо фігуру у вигляді трикутника навіть тоді, коли нам подають лише три кути.

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

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

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

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

Завершення гештальту в терапії відбувається через:

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

Таким чином, гештальт — це не лише психологічна структура, а **принцип організації досвіду**, за яким будується психічна рівновага.

У гештальттерапії однією з базових ідей є **поняття відкритого й закритого гештальту**, яке дозволяє зрозуміти, чому іноді ми залишаємося в емоційній напрузі навіть тоді, коли ситуація минула, або чому знову й знову повторюємо певні життєві сценарії.

Це завершена дія або завершене переживання. Наприклад, коли ми голодні, ми відчуваємо потребу (голод), починаємо діяти (шукаємо їжу), їмо і задовольняємо потребу — гештальт закривається. У психологічному плані це може бути пережита емоція: ми засмутилися, поплакали, поділилися почуттями з близьким — і відчули полегшення. Енергія, яка була зосереджена в цій емоції, отримала вихід.

Закритий гештальт характеризується:

- повним проживанням емоційного або тілесного досвіду;
- завершеним діалогом або дією;
- можливістю відпустити ситуацію без залишкового напруження;

- інтеграцією досвіду — людина може навчитися з нього й рухатися далі.

Відкритий гештальт – це незавершена дія або непрожите почуття. Такий гештальт «застрягає» в психіці й залишає емоційний слід. Наприклад:

- конфлікт, у якому ми не змогли висловити свої почуття;
- втрата, після якої ми не дозволили собі горювати;
- страх, який ми постійно ігноруємо;
- бажання, яке було витіснене або заборонене.

Ці незавершені гештальти можуть «вистрілювати» у формі:

- повторюваних снів;
- тілесної напруги;
- безпричинної тривоги;
- нав'язливих думок;
- деструктивної поведінки.

Чим більше відкритих гештальтів накопичується, тим важче людині зосередитися на теперішньому моменті. Психічна енергія витрачається на **утримання цих незавершених структур**, і це знижує якість життя, пригнічує творчість, обмежує свободу.

Завершення відкритого гештальту

Терапевтичне завдання – допомогти людині:

- виявити, який саме гештальт залишився відкритим;
- усвідомити, чому він не був завершений (який був страх або заборона);
- дати досвіду форму – через емоції, тіло, символічну дію, діалог;
- підтримати процес завершення – внутрішньо чи зовні.

Це може відбуватись у формі розмови з фігурою з минулого (в уяві чи через техніку «порожнього крісла»), через плач, гнів, сміх, спогади, або навіть через малюнок чи рух.

Таким чином, **психотерапія в гештальтпідході – це процес завершення незавершеного**, відновлення природної здатності жити з ясністю, спонтанністю й присутністю.

Основні принципи гештальттерапії

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

1. Принцип тут-і-зараз

Гештальттерапія ґрунтується на феноменології, тобто на дослідженні того, що відбувається **в моменті теперішнього досвіду**. Терапевт не вимагає від

клієнта аналізувати минуле, натомість пропонує зосередитись на тому, що він **відчуває, думає, хоче саме зараз**.

Наприклад, замість: «Чому ти так зробив?» — терапевт питає: «Що ти зараз відчуваєш, коли про це говориш?»

Цей принцип допомагає клієнту:

- відчувати власне тіло й емоції;
- позбутись автоматизмів;
- повернутися до себе, замість втечі в пояснення.

2. Принцип усвідомлення (awareness) – це здатність спостерігати за собою, своїми реакціями, поведінкою, думками, тілом, почуттями **без засудження і втечі**. Терапевт запитує:

«Що ти відчуваєш у тілі?»

«Яка думка зараз прийшла?»

«Що хочеться зробити, коли ти це говориш?»

Це тренує:

- самоспостереження;
- самоприйняття;
- здатність діяти з глибшого рівня, а не за звичкою.

3. Принцип відповідальності

Гештальттерапія відмовляється від ідеї «жертви обставин». Людина розглядається як **автор власного досвіду**. Навіть коли обставини були травматичними, терапія допомагає знайти:

- де саме клієнт *відмовився від вибору*,
- які частини себе він *відокремив або подавив*,
- де він може *відновити свою дієздатність*.

Наприклад, замість «мене образили» — терапевт допомагає перейти до «я відчув себе вразливим і не міг себе захистити — зараз я можу це усвідомити і знайти інший спосіб».

4. Принцип цілісності (тіло – емоції – думки)

Людина – не просто розум, не просто емоції, не просто тіло. Це **єдина система**, у якій кожен рівень взаємодіє з іншим.

Тому в гештальттерапії важливо працювати:

- з тілесними відчуттями (напр., напруженням, диханням);
- з емоціями (гнів, сором, страх);
- з думками й уявленнями;
- з рухом, голосом, інтонацією.

Це дозволяє клієнтові інтегрувати досвід, а не лише «зрозуміти» його на рівні слів.

5. Принцип діалогу

Терапевт і клієнт перебувають у **живому діалозі**, де обидва є активними учасниками процесу. Гештальт не передбачає «всезнаючого терапевта» — він не дає порад, не оцінює, не інтерпретує зверху.

Завдання терапевта – **бути присутнім, автентичним, відкритим**, створювати умови, у яких клієнт може зустрітись із собою – не сам, а в безпечному контакті з іншим.

6. Принцип експерименту

Гештальттерапія активно використовує **експерименти** – безпечні дії, які дозволяють спробувати нову поведінку або виразити заборонені частини себе.

Наприклад:

– Спробуй сказати це вголос.

– Якщо б ти міг зараз зробити будь-що – що б це було?

– Дозволь своєму тілу виразити цю емоцію.

Це дозволяє не лише говорити про проблему, а **діяти**, відчувати себе живим, здатним обирати.

Техніки гештальттерапії

У гештальттерапії техніка — це не інструмент «впливу» терапевта на клієнта, а спосіб **підсилення усвідомлення, виявлення переживань і створення досвіду тут-і-зараз**. Кожна техніка застосовується не за шаблоном, а як жива відповідь на процес, що розгортається під час терапевтичної взаємодії.

Гештальттерапевт не працює «по інструкції», а **імпровізує в межах структурної ясності**, використовуючи експеримент як шлях дослідження досвіду клієнта.

1. Техніка «Порожнє крісло»

Одна з найвідоміших технік. Вона передбачає, що клієнт уявляє перед собою людину (або частину себе), з якою хоче поговорити, і звертається до неї вголос.

Мета:

- активізувати внутрішній діалог;
- винести пригнічений зміст назовні;
- допомогти завершити незавершений гештальт.

Наприклад, клієнт розмовляє з батьком, якого давно немає, висловлює образу, біль, подяку.

2. Робота з частинами особистості (полярностями)

Ця техніка дозволяє людині зустрітись зі своїми протилежностями:

- сильна – слабка частина;

- раціональна – емоційна;
- «Я повинен» – «Я хочу».

Клієнт по черзі говорить від кожної частини, у діалозі з порожніми кріслами або в ролі обох частин.

Мета – **інтегрувати полярності**, перестати боротися з ними, визнати й прийняти обидві як частини себе.

3. Мовна інтервенція

Гештальттерапевт звертає увагу на те, **як саме говорить клієнт**, бо мова виявляє спосіб буття. Наприклад: Замість «мені здається» — «я думаю»; Замість «ти злиш мене» — «я злюсь»; Замість «неможливо» — «я не дозволяю собі».

Це дозволяє:

- повернути собі відповідальність;
- перейти від узагальнень до суб'єктивного досвіду;
- конкретизувати почуття та бажання.

4. Робота з тілом

Тіло – головний «носій» пригніченого досвіду. Терапевт може звертати увагу на: напругу, скутість; положення тіла; дихання; мікрорухи, жести, міміку.

«Що ти відчуваєш у плечах, коли говориш про це?»

«Як зараз дихає твій живіт?»

«Зупинись на цьому русі — що хоче зробити твоє тіло?»

Це активізує **глибинне відчуття себе**, виводить пригнічену енергію на поверхню.

5. Психодраматичні техніки

Це імпровізаційні міні-сценки, які дозволяють: прожити внутрішній конфлікт у дії; явити іншу реакцію в ситуації; «переписати» минулий досвід.

Клієнт може: зіграти себе в різних ситуаціях; «стати» іншим персонажем; вільно виражати голос, рух, емоції.

6. Техніки метафор і уяви

Терапевт може запропонувати клієнту: уявити своє почуття як образ (тварину, предмет, колір); намалювати емоцію або стан; написати листа — собі, іншим, частині себе.

Це відкриває **інтуїтивний, символічний канал**, що дозволяє обійти захисти й торкнутись глибинного рівня.

7. Експерименти з голосом і простором

Клієнта можуть запросити: говорити голосніше чи тихіше; змінити положення тіла; зробити крок до іншого крісла; увійти в інший простір (стоячи, лежачи).

Це виводить його із «звичного патерну» і створює **новий досвід**, часто — несподівано зцілюючий.

Ці техніки не мають єдиного «правильного» застосування. Усе залежить від контексту, особистості клієнта, глибини контакту й готовності до переживання. Але в центрі завжди — **досвід тут-і-зараз, автентичність, рух до цілісності**.

Базові цінності гештальттерапії

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

1. Автентичність. Це право і здатність бути собою, говорити правду про свої почуття, думки, бажання, бути «живим» — зі своєю силою, вразливістю, суперечностями. Терапевт не ховається за «професійною маскою», а говорить щиро: «Мені складно слухати це — відчуваю сум» або «Я зараз дуже з тобою, мені важливо те, що ти говориш».

Клієнт поступово навчається **бути собою у присутності іншого**, не ховатись, не догоджати, не нападати — і це відкриває нову якість стосунків із собою і світом.

2. Проживання досвіду

Гештальттерапія вважає, що **проблеми виникають не через самі емоції, а через те, що ми їх не проживаємо**. Наприклад, людина не дозволяє собі гніватись — і цей гнів перетворюється на соматичні симптоми або пасивну агресію. У терапії клієнт отримує простір, де може плакати, злитися, боятися — без осуду, з підтримкою.

Цінність у тому, щоб **досвід мав завершення, вираження, тілесне й емоційне проживання**, а не залишався «всередині».

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

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

5. Відповідальність

Клієнт не «жертва життя», терапевт не «рятівник». Ми обидва – люди, які можуть впливати на себе, на вибір, на спосіб буття. Гештальт не обіцяє чарівних змін, але дає шанс відчувати:

- *«це мій вибір — мовчати або говорити»*
- *«це я стримую гнів — чи виражаю»*
- *«це я відходжу — чи наближаюсь»*

Це і є **вихід із сценарію**, початок справжньої автономії.

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

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

Цикл контакту – це **послідовність етапів**, що дозволяє людині:

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

Етапи циклу контакту

1. Передусвідомлення (префігурація). Це фонове існування потреби, яка ще не усвідомлена. Вона є, але не визначена — як відчуття дискомфорту, напруги, неспокою. Наприклад: «Я нічого не відчуваю, але щось не так».

2. Усвідомлення (фігура-фон). Потреба виходить на передній план, стає фігурою, яку можна назвати, відчувати, осмислити. «Я голодний», «Я злюсь», «Мені самотньо».

3. Мобілізація (енергія). З'являється імпульс до дії. Людина починає шукати спосіб задовольнити потребу. «Я хочу поговорити», «Я піду поїм», «Я подзвоню друзі».

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

5. Завершення. Контакт відбувся, потреба реалізована або ні, але процес отримав завершення. Відбувається розрядка, відпускання. «Я подякував — і мені стало легше», «Я не отримав відповіді, але сказав усе, що хотів».

6. Відступ / інтеграція. Повернення у стан спокою. Організм асимілює досвід, відновлюється баланс, виникає нова енергія. Людина відчуває ясність, легкість, готовність до нового моменту.

Важливість циклу контакту

Кожна людина переживає десятки мікроциклів контакту щодня. У здоровому стані вони **автоматично формуються й завершуються**. Але коли певні етапи блокуються, цикл порушується — і досвід не отримує повноти.

Це може проявитись у:

- хронічний тривозі;
- незрозумілій втомі;
- повторюваних конфліктах;
- відчутті «я не живу, я функціоную».

Зриви циклу контакту (опори в гештальті)

Порушення у проходженні циклу контакту можуть виникати на будь-якому з його етапів — це називається **зривом циклу контакту**. У гештальттерапії також вживається термін **опори** — тобто способи, якими людина «підтримує себе» у контакті з середовищем. Коли опора неадаптивна або застаріла, вона не дозволяє завершити гештальт і пережити досвід у повному обсязі. Зриви контакту виникають у вигляді **захисних механізмів** або фіксованих моделей, які колись були корисні, але зараз заважають вільній саморегуляції. Нижче розглянемо основні типи таких зривів.

1. Інтроекція. Це процес автоматичного засвоєння чужих норм, ідей, переконань **без критичної обробки**. Людина «ковтає» чужу думку, не перевіряючи, чи вона відповідає її потребам.

Наприклад:

- «Я повинен бути завжди сильним».
- «Справжні чоловіки не плачуть».
- «Мені соромно злитися».

Інтроекція може блокувати усвідомлення власної потреби, тому що людина «живе не своє».

Завдання терапії — виявити, що є нав'язаним, а що автентичним. Це дозволяє «перетравити» інтроекти: деякі відкинути, інші — адаптувати під себе.

2. Проекція. Проекція — це **приписування своїх почуттів, думок чи імпульсів іншим**. Людина не визнає в собі певний досвід і «перекидає» його на інших. Приклади:

- «Всі мене критикують» (але це я сам себе засуджую).
- «Йому не можна довіряти» (але насправді я боюсь близькості).

– «Вона зла» (я відчуваю злість, але не визнаю її в собі).

Проекція заважає побачити себе і не дозволяє повноцінного контакту, бо реальний інший замінюється на «екран моїх очікувань».

Терапія допомагає повернути собі ці проекції і побачити: «Це моє. Це у мені – не в них».

3. Ретрофлексія. Це пригнічення імпульсу або спрямування його на себе, замість вираження назовні. Людина не діє у світ, а «проти себе».

Наприклад:

– замість того, щоб виразити гнів – стискає кулаки, стискає щелепу, відчуває головний біль;

– замість сказати «ні» – мовчить і ображається, і далі робить те, чого не хоче.

Ретрофлексія часто супроводжується тілесною напругою, аутоагресією, психосоматикою. Вона руйнує контакт і розрядку емоцій.

Завдання терапії — дати людині безпечний простір, де вона може поступово навчитися виражати заборонені емоції в екологічний спосіб.

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

Приклади:

– «Я таке не аналізую»

– «Це все фігня»

– «Усе нормально» (коли видно, що – ні)

Дефлексія виконує функцію захисту від болю, тривоги, конфлікту. Але вона також **ізолює**, залишає людину на самоті, з непрожитим досвідом.

Терапія працює через м'яке фокусування на поточних переживаннях: «Що ти відчуваєш, коли кажеш “усе нормально”?», «Що відбувається в тілі?».

5. Конфлюенція. Це відсутність меж між «я» і «іншим», злиття. Людина не знає, де її бажання, а де – інших. Уникає конфліктів, поступається, розчиняється.

Приклади:

– «Я думаю так само» (хоча всередині – ні).

– «Я не знаю, чого хочу – як ти хочеш?»

– «Мені добре, коли тобі добре» (але себе – не чує)

Конфлюенція блокує усвідомлення і вибір, бо людина не має стабільного контакту зі своїм Я.

Завдання терапії – допомогти людині відчути:

- «де я?»,
- «що моє?»,
- «як я хочу бути в стосунках, не втрачаючи себе?»

Ці зриви – **не помилки**, а захисні способи переживати досвід, зберігати рівновагу. У гештальті вони не «ламаються», не «усуваються», а **досліджуються, усвідомлюються і трансформуються**. Усвідомлення – перший крок до вибору.

Види захисних механізмів

У гештальттерапії поняття **захисних механізмів** не трактується так, як у класичному психоаналізі — як виключно патологічна оборона від внутрішнього конфлікту. Тут вони розглядаються як **адаптаційні стратегії**, які дозволяють людині зберігати стабільність і рівновагу у контакті з реальністю.

Захисні механізми:

- мають історичне походження (часто виникають у дитинстві);
- колись були функціональними (допомагали вижити, пристосуватись);
- зараз можуть **ставати перешкодою** для живого контакту, емоційної виразності, автентичності.

Гештальттерапія не бореться з цими механізмами, не засуджує їх, а **допомагає клієнтові усвідомити їхню дію**, побачити зв'язок з потребами та обрати інший, більш гнучкий спосіб поведінки.

Інтроекція (зовнішнє – всередину). Людина приймає чужі ідеї, правила, очікування як свої, не розпізнаючи: чи вони насправді для неї корисні?

Наприклад:

- «Я повинен бути слухняним»
- «Справжній успіх — це висока зарплата»
- «Не можна показувати емоції»

Цей механізм формує **внутрішній конфлікт**: одне Я хоче бути вільним, інше — підкоряється «маєш бути таким». Інтроекти «заморожують» живу частину особистості.

Робота в терапії:

- усвідомити, які «повідомлення» є чужими;
- перевірити їх на актуальність;
- сформулювати власну систему цінностей.

Проекція (внутрішнє – назовні). Те, що важко прийняти в собі, людина бачить в інших. Вона приписує свої почуття, наміри або страхи іншим людям.

Наприклад:

- «Вони всі мене ненавидять» (а я ненавиджу себе)
- «Це вона мною маніпулює» (а я не визнаю власного контролю)

Проекція порушує стосунки, бо інший сприймається не як реальна людина, а як екран моїх неприйнятих частин.

Усвідомлення проекції дозволяє повернути собі «відкинуту» частину — і тим самим стати ціліснішим.

Ретрофлексія (дія всередину). Людина пригнічує власний імпульс, спрямовуючи його на себе. Це може бути:

- фізично: напруга, затискачі;
- емоційно: вина, сором;
- поведінково: самоізоляція, аутоагресія.

Приклади:

- замість того щоб кричати — стискаєш щелепу;
- замість сказати «ні» — ображаєшся і караєш себе.

Ретрофлексія — це спосіб виживання у світі, де не можна було виразити емоції. Але вона призводить до **втрати контакту з власною силою**.

Терапія допомагає перенаправити енергію назовні — знайти способи конструктивного вираження.

Дефлексія (ухилення). Це уникнення контакту з емоціями, думками, тілом. Людина «розпорошує» увагу, уникає гострих моментів.

Ознаки дефлексії:

- багато говорити, але ні про що;
- жартувати замість відчувати;
- звертати увагу на інших, але не на себе.

Дефлексія може бути несвідома, і часто захищає від болю, страху, вразливості. Але **вона віддаляє від автентичного переживання**.

Завдання терапевта — фокусувати клієнта: «Зупинись. Що ти зараз відчуваєш?».

Конфлюенція (відсутність меж). Це злиття з іншим, розчинення у чужих думках і почуттях. Людина не знає, де її потреба, а де – чужа.

Приклади:

- «Як скажеш, так і буде»
- «Я не маю власної думки»
- «Я не розумію, чого хочу»

Цей механізм часто формується в ситуаціях залежності (виховання, емоційне насильство) – коли бути собою було небезпечно.

Терапія допомагає повернутися до себе — відчутти свої межі, свою потребу, свою правду.

Захисні механізми – це **способи адаптації, що колись були необхідні, але стали автоматичними**. Гештальттерапія не руйнує їх, а надає простір для усвідомлення й вибору:

- залишити,
- змінити,
- трансформувати.

Це не боротьба із захистами — це зустріч з ними, вдячність за службу, і м'який рух до живішого способу буття.

У гештальттерапії **полярності** — це пари протилежних якостей, станів, ролей або внутрішніх позицій, які співіснують у кожній людині. Ідея полягає в тому, що особистість є **динамічною системою протилежностей**, і розвиток, цілісність і зцілення можливі лише тоді, коли обидві полярності визнаються, приймаються і включаються в досвід.

Приклади полярностей:

- сильний ↔ слабкий
- активний ↔ пасивний
- добрий ↔ злий
- контролюючий ↔ піддатливий
- раціональний ↔ емоційний
- залежний ↔ незалежний
- «Я повинен» ↔ «Я хочу»
- внутрішній критик ↔ внутрішня дитина

Формування внутрішнього конфлікту

У дитинстві ми засвоюємо, які частини нас приймаються, а які — ні. Це призводить до **відщеплення** однієї з полярностей. Наприклад:

- якщо хвалили лише за слухняність — ми ховаємо бунт;
- якщо соромили за сльози — ми блокуємо вразливість;
- якщо лякали за агресію — ми вчимося бути «надто добрими».

Це формує **внутрішній дисбаланс**:

- людина може здаватися сильною, але всередині відчувати себе безпорадною;
- поводитись раціонально, але пригнічувати потребу у почуттях;
- бути догідливою зовні, та відчувати лють усередині.

Наслідки витіснення полярностей

Коли одна сторона відкинута, вона не зникає, а діє **приховано**:

- у вигляді психосоматики;
- через «випадкові» спалахи емоцій;
- через проекції на інших;

- через самосаботаж;
- у снах, фантазіях, конфліктах.

Людина втрачає гнучкість, свободу вибору, повноту самовираження.

Терапевтична робота з полярностями

У гештальттерапії мета не в тому, щоб «обрати» одну сторону і відкинути іншу. Навпаки — **інтегрувати** обидві. Це дає:

- **цілісність**: «Я маю і світло, і тінь»;
- **гнучкість**: «Я можу бути і м'яким, і жорстким — залежно від ситуації»;
- **повагу до себе**: «Я більше не відкидаю себе».

Техніки роботи з полярностями

Діалог між полярностями (техніка «порожнє крісло»): клієнт по черзі говорить від кожної частини: – «Я повинен усе контролювати» – «Я хочу просто бути». Потім – діалог між ними.

Моделювання тілом: кожна сторона має свій рух, позицію. Клієнт «входить» у кожну – відчуває, що відбувається.

Інтеграція через малюнок, метафору, голос:

- зобразити обидві частини; \ дати їм імена;
- написати лист від кожної до іншої.

Полярності як ресурс

Ідея не в тому, щоб «позбутися» неприємної частини, а в тому, щоб **зробити її свідомою** і дати їй місце у своєму житті. Тоді те, що раніше лякало або знецінювалося, стає **джерелом сили**:

- **агресія** — це енергія до дії;
- **вразливість** — це міст до близькості;
- **контроль** — це структура, яка може служити, а не домінувати.

Цілісний підхід: Я – це Я

Гештальттерапія веде до визнання всієї палітри себе:

- зворушливої і дикої,
- впевненої й тривожної,
- слабкої і сильної.

Бути цілісним — не означає бути «ідеальним». Це означає бути живим.

Основні методи роботи в гештальттерапії

Методи гештальттерапії формуються не як стандартизовані інструкції, а як **гнучкі й адаптивні способи підтримки процесу усвідомлення**, розширення досвіду та інтеграції частин особистості. Їхня ефективність залежить не стільки від техніки як такої, скільки від **глибини контакту між терапевтом і клієнтом**, готовності до експерименту, безпеки простору.

Головна мета – **сприяти появі нових способів бути в контакті з собою і світом.**

Експеримент як метод

Це ключова концепція гештальттерапії. Експеримент – це не вправляння за планом, а **спонтанна пропозиція клієнтові щось спробувати**: висловити, уявити, змінити позицію, рух, інтонацію, втілити метафору, вступити в діалог.

Наприклад: «Скажи це ще раз, але твердо»; «Якби ти був цим страхом – як би ти рухався?»; «Сядь на інше місце й подивись на себе з боку».

Експеримент активізує заблоковану енергію; дозволяє дослідити нову поведінку без ризику; переводить роздуми у досвід; відкриває нові шляхи дії.

Усвідомлення (awareness)

Це не техніка, а **безперервна практика фокусування уваги**:

- на тілесних відчуттях (дихання, напруга, тепло);
- на емоціях (страх, смуток, радість, злість);
- на думках (внутрішній діалог);
- на поведінці («що я роблю зараз?»).

Усвідомлення – це перший крок до вибору. Поки я не бачу – я дію автоматично.

Контакт і відхід

Гештальттерапевт постійно фокусується на процесі контакту:

- між клієнтом і його почуттями;
- між клієнтом і терапевтом;
- між клієнтом і середовищем.

Контакт – це момент присутності. Відхід – це здатність залишити ситуацію, завершити її, відновити себе.

Робота терапевта – допомогти клієнту **усвідомити момент контакту**, дозволити йому «бути» в ньому – і вчасно відпустити.

Робота з порожнім кріслом

Використовується для:

- завершення незавершеного контакту;
- діалогу з важливою фігурою (наприклад, померлим батьком);
- роботи з внутрішнім конфліктом;
- поляризації: одна частина «говорить», інша – відповідає.

Техніка активізує: емоції; тілесний відгук; розуміння мотивації обох частин.

Робота з голосом, тоном, мовою тіла

Терапевт звертає увагу на:

- голос (гучність, тон, інтонацію);
- темп мови;
- позицію тіла;
- напругу або жести.

Наприклад: «Коли ти говориш про маму, твій голос стихає. Що ти відчуваєш у цей момент?»; «Твої плечі напружились – що в них?»

Це допомагає тілесно проявити те, що раніше було лише на рівні слів або витіснених переживань.

Робота з символами, образами, сновидіннями

Клієнту пропонується:

- намалювати свій стан або почуття;
- описати його як метафору (звіра, хмару, об'єкт);
- уявити і «стати» ним (запитати: «хто ти?»);
- розіграти сценку або діалог з образом;
- дослідити сновидіння через активну уяву.

Образи – це мова несвідомого, через яку клієнт виводить на поверхню важливі частини себе.

Робота з межами

Гештальттерапія приділяє особливу увагу **межам особистості** – фізичним, емоційним, психологічним:

- що я дозволяю/не дозволяю;
- коли я «відділяюсь» від іншого;
- коли я зливаюсь і втрачаю себе.

Терапевт може запитати: «Чи зручно тобі це?»; «Де ти закінчуєшся, а де – інший?»; «Що ти хочеш сказати — але стримуєшся?»

Це тренує **відчуття Я**, формує внутрішню опору, дозволяє бути у контакті, не втрачаючи себе.

Терапевтичні стосунки в гештальттерапії

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

1. Діалогічна модель

Гештальттерапія будується на **діалогічному підході**, запозиченому з філософії Мартіна Бубера, який говорив про стосунки «Я – Ти». Це означає:

- обидва учасники – рівноцінні особистості;
- терапевт не ховається за роллю експерта, а є автентичним;
- клієнт не «пацієнт», не «об’єкт лікування», а партнер у процесі зцілення. Діалог — це **зустріч**, у якій обидва змінюються.

2. Присутність і автентичність терапевта

У гештальттерапії терапевт не грає роль «нейтрального слухача». Він:

- виявляє власні реакції (емоції, тілесні відчуття);
- відкрито ділиться своїм переживанням;
- не боїться бути людиною поруч з людиною.

Наприклад: «Я відчуваю напругу, коли ти це говориш – мені хочеться бути дуже обережним»; «Я злюсь, бо мені боляче бачити, як ти сам себе критикуєш».

Це не про фокус на терапевтові – а про **внесення живої присутності**, що створює простір безпеки, прийняття і нової реальності.

3. Контакт як простір змін

Основна ідея гештальттерапії: **контакт з іншим — це місце, де народжується Я.**

У стосунках із терапевтом клієнт отримує досвід:

- прийняття без умов;
- розширення дозволу на емоції;
- нової моделі діалогу;
- конфлікту, що не руйнує;
- близькості без контролю і залежності.

Терапевтичні стосунки – **це лабораторія реальних стосунків**. Те, що не вдавалось у житті (бути почутим, сказати «ні», дозволити собі радість), можна спробувати тут — у безпечному середовищі.

4. Контрперенос і зворотний зв’язок

Терапевт використовує свій **контрперенос** – тобто власні емоції у відповідь на клієнта – як джерело розуміння того, що відбувається у стосунках.

Наприклад: якщо терапевт відчуває втому, можливо, клієнт сам пригнічений або занадто «догідливий»; якщо терапевт роздратований – можливо, у клієнта є пригнічена злість.

Але такі реакції мають **перевірятись і розумітись**, щоб не перетворитись на проекцію чи маніпуляцію. У гештальті важлива **відповідальність за власні переживання** і чесність у зворотному зв’язку.

5. Визнання меж

Хоча терапевт автентичний, він не втрачає професійних меж:

- не стає другом або «рятівником»;
- не використовує стосунки для власного задоволення;

- не втручається у вибір клієнта;
- не нав'язує власні рішення.

Свобода, повага і вибір — головні орієнтири взаємодії.

Важливість «тут-і-зараз» у стосунках

Терапевтичний процес відбувається не лише «про щось із минулого» — а **у тому, як клієнт і терапевт взаємодіють зараз**. Самі ці стосунки є джерелом інсайту.

Наприклад: «Коли я говорю, ти мовчиш — мені здається, що я говорю в порожнечу. Це мені знайомо з дитинства»; «Твоє мовчання зараз дуже для мене підтримуюче – я відчуваю, що ти поряд».

Таким чином, **стосунки терапевта і клієнта – це не інструмент для «роботи», а сама суть гештальттерапії**, поле, в якому народжується новий досвід, нове Я, новий контакт зі світом.

Групова гештальттерапія

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

Принципи групової гештальттерапії

- **Тут-і-зараз:** основний фокус на тому, що відбувається всередині групи під час її зустрічі – у діалогах, конфліктах, почуттях, зворотному зв'язку.
- **Контакт і зворотний зв'язок:** учасники можуть відкрито ділитися тим, як сприймають інших, що в них викликає той чи інший стиль поведінки.
- **Феноменологічний підхід:** терапевт не інтерпретує, а допомагає учасникам помічати свої переживання і розуміти, як вони проживають ситуацію.
- **Відповідальність і свобода:** кожен учасник сам обирає, як включатися в роботу, чим ділитися, яку межу утримувати.

Можливості групи для терапевтичного зростання

- **Зворотний зв'язок від кількох людей одночасно** дозволяє побачити різні відображення себе.
- **Взаємодія з «тригерами»** – реакціями на інших – допомагає виявити власні неусвідомлені проекції.
- **Спостереження за іншими** – як вони вирішують свої проблеми – розширює уявлення про можливі варіанти.
- **Група стає «соціальним мікрокосмом»**, у якому людина знову відтворює свої життєві сценарії – і має змогу їх змінити в безпечних умовах.

Роль ведучого у груповій гештальттерапії

Терапевт виступає не як керівник, а як **модератор простору контакту**, який:

- допомагає утримувати межі групи;
- фокусує увагу учасників на переживаннях у моменті;
- підтримує глибину процесу;
- сприяє утворенню атмосфери довіри й поваги.

Його завдання – **не контролювати**, а «бути присутнім», підтримувати діалог, створювати можливість для особистісного прояву.

Основні формати групової роботи

- **Терапевтичні групи** – довготривалі, закриті групи (з постійним складом), де працюють глибинні процеси.
- **Навчальні групи** – спрямовані на розвиток усвідомлення, емоційного інтелекту, комунікативних навичок.
- **Групи самодопомоги** – менш структуровані, але теж опираються на гештальт-принципи.

Типові труднощі й терапевтичні моменти в групі

- **Сором:** у групі часто активізуються страхи бути неприйнятним — це ключовий матеріал для усвідомлення.
- **Конфлікти:** дають можливість навчитися відстоювати себе без руйнування стосунків.
- **Зв'язки і проекції:** учасники часто «бачать» в інших фігури зі свого минулого (матір, батька, партнера).
- **Довіра:** формується не одразу, але є основою трансформації.

Ефекти групової гештальттерапії

- розвиток здатності до відкритої комунікації;
- формування емоційної зрілості;
- розпізнавання і переформулювання життєвих сценаріїв;
- зниження самотності та відчуження;
- зростання самоповаги і впевненості.

Гештальттерапія – це не просто напрям у психотерапії, а **філософія життя**, що базується на повазі до унікальності кожної людини, її досвіду, тіла, почуттів. Це шлях:

- до усвідомлення того, що є;
- до вибору, як діяти;
- до відповідальності за себе;
- до цілісності, де не потрібно відмовлятися від жодної частини себе;
- до живого, справжнього контакту – з собою, з іншими, зі світом.

ТЕМА 9. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ КЛІЄНТ-ЦЕНТРОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

План:

1. Клієнт-центрована терапія к. Роджерса.
2. Екзистенційно-гуманістичний напрямок психотерапії: мета, задачі та принципи.

Текст лекції:

Клієнт-центрована терапія к. Роджерса

У своїй психотерапевтичній практиці **Роджерс** застосував терапію, «**центровану на клієнті**». Цей психотерапевтичний підхід спирається на досвід клієнта і ставить його в центр взаємодії з психологом. При цьому сам клієнт бере на себе відповідальність за розв'язання життєвих проблем, що турбують його. Психотерапевт лише виконує функцію консультанта, що створює теплу емоційну атмосферу, у якій клієнту легше розібратися у своїх труднощах. Взаємини між психологом і клієнтом будуються за принципом «людина - людина». Велике значення має не те, що говорить психолог, а те, який він є, тобто особистість самого психолога. Таке положення **Роджерса** поділяють і багато вітчизняних психотерапевтів. Наприклад, **М.І.Буянов** вказував на те, що ефект психотерапії залежить не тільки від правильного лікування, але й від оптимального сполучення особистісних якостей лікаря і пацієнта. Почуття симпатії або антипатії, яке виникає між психологом і клієнтом, найчастіше обумовлює результат взаємодії.

Згідно з **Роджерсом**, психолог не веде за собою, а супроводжує, створюючи умови для відчуття безпеки. Він не думає за пацієнта, а думає та оцінює разом із ним; не дає порад і інструкцій, а за допомогою емпатії ненав'язливо полегшує, прискорює процес самоактуалізації. Особливою манерою бесіди психолог створює умови для спокійного, цілеспрямованого монологу - клієнт говорить і міркує ніби сам із собою. При цьому психолог тільки вставляє слова, які свідчать про його зацікавленість і утримують бесіду в руслі суттєвих питань. Тим самим клієнта спонукають до правильного формулювання своїх проблем, і часто він сам знаходить вихід із ситуації, конструюючи правильний мотив. Власний, досить переконливий і конкретний мотив стає найкращим стимулом для діяльності, яка веде до психічної рівноваги. У результаті зменшується тривожність, підвищується внутрішня узгодженість особистості клієнта. У міру розвитку здатності поважати себе він стає все більш здатним поважати й цінувати інших людей. Таким чином, основна увага в клієнт-центрованому підході концентрується не на проблемах людини, а на ній самій,

на її Я. **Головна мета корекційного впливу - допомога в особистісному рості, розвитку, завдяки якому людина сама розв'язує свої проблеми.**

Ще один важливий бік гуманістичної психотерапії базується на положенні, що люди стали надто раціональними й віддалилися від емоцій і відчуттів. Тому велика увага в ній приділяється емпіричним, невербальним і тілесним засобам особистісної зміни, що сприяють не адаптації і врегулюванню, а індивідуальному росту й самоактуалізації (групи зустрічей, групи особистісного росту, тренінги сензитивності та ін.).

Стосовно дітей цей терапевтичний метод частіше називають **терапією відносин**. Дитина, як і будь-яка особистість, унікальна, самоцінна і має внутрішні джерела саморозвитку. Тому мета корекції, яку проводять у рамках терапії відносин, зовсім не в тому, щоб змінити дитину, а, навпаки, у тому, щоб допомогти їй ствердити своє Я, почуття власної цінності. У роботі з дітьми основною формою корекції в рамках терапії відносин є *ігрова терапія*. Тут гра є своєрідною сферою, у якій відбувається налагодження взаємин дитини з навколишнім світом і людьми. Основним механізмом досягнення корекційної мети є встановлення взаємин, зв'язку між психологом і дитиною, у якому психолог демонструє незмінне і безумовне прийняття дитини, її настановлень, цінностей, виражає постійну й щиру віру в дитину та її здібності. Такий характер і зміст зв'язку між дитиною і дорослим значною мірою забезпечують досягнення корекційної мети. Як зазначає Д.Б. Ельконін, труднощі поведінки й особистісного розвитку в дитячому віці здебільшого викликаються конфліктними взаєминами між дорослими й дітьми, саме тому практика взаємин нового типу з дорослими може приводити до корекції.

Гуманістична психологія орієнтована не на авторитарність, а на демократичні, особистісно-орієнтовані взаємини в психотерапії і психокорекції, тому вона особливо співзвучна нашому часу.

Нам видається цікавою концепція сучасних чеських психологів Карела Блага і Міхаела Шебека. За цією концепцією зріла, розвинена система Я обмежена і спаяна так званим глобальним Я. Глобальне Я охоплює всі пізнавальні, емоційні, вольові функції й одночасно має свій образ світу, а також образ себе і саморозуміння. Усі складові глобального Я функціонально взаємозалежні.

Структурне Я (образ себе) насамперед має визначений зміст: «Я такий і саме такий». Воно складається з безлічі взаємозалежних осей. «Вісь» - поняття умовне. Під ним чеські психологи розуміють певну, відносно обмежену тематику життєвих вражень, яку можна в узагальненому вигляді виразити як судження про себе (наприклад, «Я є», «Я вмію», «Я хочу», «Я хлопчик», «Я учень» і т.д.). Кожна окрема вісь в онтогенетичному розвитку виникає поступово

і складається з окремих «ядер» -вражень, уявлень, думок, які зберігаються в пам'яті. Враження й переживання, що відносяться до однієї осі, асоціативно пов'язані між собою і створюють глобальне відчуття від якогось досвіду. Наприклад, вісь «Я вмію, я пізнаю» поєднує ситуації і види діяльності, які відбувалися в різний час і в яких людина почувала себе вмілою, значущою чи, навпаки, нездарою, такою, що не досягла успіху. Третя складова глобального Я – образ Я партнер Ким Я буду Членство в певній групі Я товариш, Я школяр (внутрішнє вживання в соціальну роль) Ідеал себе (яким Я хотів би бути) Сівість (що можна, що не можна) Статева ідентифікація (Я - хлопчик, Я - дівчинка) Я вмію, Я пізнаю Я хочу Я маю (усвідомлення себе)

Екзистенційно-гуманістичний напрямок психотерапії: мета, задачі та принципи

Екзистенційно-гуманістичний напрямок психотерапії виник як синтез двох потужних інтелектуальних традицій ХХ століття:

- **екзистенціалізму** (Хайдеггер, Сартр, Ясперс, Бубер);
- **гуманістичної психології** (Маслоу, Роджерс, Бюгенталь).

Цей підхід базується на глибокому визнанні **унікальності, свободи вибору, відповідальності та духовної природи людини**. Він протиставляється редукціоністським підходам, які зводять людину до набору симптомів чи поведінкових реакцій.

Мета екзистенційно-гуманістичної психотерапії

- Допомога клієнту в пошуку глибинного сенсу життя;
- Підтримка у переживанні екзистенційних криз (смерть, свобода, ізоляція, сенс);
- Розвиток автентичності, тобто життя в злагоді з власними цінностями;
- Формування особистої відповідальності за власне буття.

Основні задачі

- Допомогти клієнту усвідомити власне існування як вибір;
- Поглибити розуміння власної унікальності, самотності, кінцівки життя;
- Надати простір для переосмислення життєвих рішень;
- Сприяти розвитку внутрішньої свободи та відповідальності;
- Підтримати у проживанні трагічного досвіду (втрат, хвороби, розчарувань).

Основні принципи

1. **Людина є суб'єктом, а не об'єктом** – її не «лікують», а зустрічаються з нею як із рівним.

2. **Свобода і відповідальність** – свобода обирати спосіб бути, відповідальність за цей вибір.
3. **Автентичність** – жити згідно з собою, а не ролями чи очікуваннями.
4. **Унікальність досвіду** – кожен клієнт – окрема життєва історія.
5. **Контакт як основа терапії** – стосунок терапевта і клієнта є основним інструментом змін.
6. **Сенс життя** – не абстрактна ідея, а внутрішній орієнтир, що відкривається через досвід.

Екзистенційна психотерапія Віктора Франкла: основні теоретичні положення

Віктор Франкл (1905–1997) – австрійський психіатр, невролог і філософ, засновник **логотерапії**, що є одним із провідних напрямів екзистенційної психотерапії. Його особистий досвід переживання Голокосту, перебування у концентраційних таборах, втрата сім'ї стали основою його екзистенційного розуміння життя і психотерапії.

Ключові положення екзистенційної психотерапії Франкла:

1. Воління до сенсу

На відміну від психоаналізу (воління до насолоди) і адлеріанської школи (воління до влади), Франкл вважає, що основна мотивація людини – **прагнення знайти сенс життя**.

«Людина здатна переносити будь-яке "як", якщо знає "навіщо"» – писав Франкл, цитуючи Ніцше.

2. Людина як істота, здатна вибирати

Незалежно від зовнішніх умов, **людина завжди має внутрішню свободу** — обирати, як реагувати. Навіть у найжорсткіших обставинах (втрата, ізоляція, страждання), вона може залишатись вірною собі, обирати гідність, добро, надію.

Франкл підкреслював: між стимулом і реакцією є простір — **простір свободи вибору**.

3. Сенс не створюється, а відкривається

Сенс життя не можна «винайти» чи нав'язати – його можна лише відкрити через власний досвід, страждання, любов, творчість.

Сенс завжди унікальний: немає універсального змісту для всіх – у кожного він свій, і змінюється залежно від ситуації.

4. Три ціннісні виміри людського буття:

- **Творчі цінності** (те, що людина створює, дає світові: праця, творчість, діяння);
- **Цінності переживання** (любов, краса, природа, культура — все, що людина може споглядати і відчувати);

- **Цінності ставлення** (до неминучого страждання — гідність, віра, внутрішня позиція).

5. Екзистенційна фрустрація

Коли людина не знаходить сенсу у своєму житті, виникає стан **екзистенційної порожнечі**, яка може проявлятися у вигляді:

- апатії,
- депресії,
- агресії,
- залежностей,
- відчуття безглуздості.

Завдання терапії – **не нав'язати сенс, а допомогти клієнтові відкрити його самостійно** через глибокий діалог, дослідження цінностей і відповідальності.

Поняття самотрансценденції як провідної ідеї психотерапії В. Франкла

Однією з центральних концепцій логотерапії Віктора Франкла є **самотрансценденція** – здатність людини виходити за межі себе, спрямовуючи себе до чогось вищого, що лежить поза межами особистого Я.

Що таке самотрансценденція?

Це здатність особистості:

- бути орієнтованою на сенс, який знаходиться не всередині, а поза людиною (у справі, в іншій людині, в ідеї);
- жити не тільки для себе, а заради інших, заради цінностей;
- реалізовуватись через служіння, любов, творчість.

Франкл вважав, що саме ця здатність – основа духовного здоров'я. Людина, яка зосереджена лише на собі, на задоволенні, комфорті, безпеці — стає **внутрішньо обмеженою**, розвиває «вакуум смислу».

Самотрансценденція – це протилежність егоцентризму. Це **рух за межі себе** до чогось, що перевершує особистість.

Практичне значення самотрансценденції в терапії

1. **Зцілення через сенс** – людина отримує внутрішній ресурс не з самозамкненості, а з залучення до справи, відданості іншому, пошуку глибинного «навіщо».

2. **Сенсопошук замість симптомпошуку** – замість копання у симптомах, Франкл шукає, що не дозволяє людині жити з відчуттям значущості.

3. **Виведення за межі травми** – навіть найглибше страждання може мати сенс, якщо людина змінює свою позицію: «Це не просто відбулось зі мною. Я відповідаю на це»; «Я не жертва – я можу вибрати ставлення».

Приклади самотрансценденції

- людина, яка, втративши рідну людину, починає допомагати іншим, хто пережив втрату;
- тяжкохворий пацієнт, який пише книжку, щоб залишити слід;
- волонтер, який знаходить внутрішню повноту через служіння іншим.

Таким чином, **самотрансценденція — це не втеча від себе, а розкриття себе у напрямку до цінностей**. Вона є основою духовної сили, внутрішньої свободи та змістового буття.

Основні принципи логотерапії

Логотерапія – це психотерапевтичний підхід, який розглядає **пошук сенсу життя як головну рушійну силу особистості**. Вона має свою унікальну філософську і практичну основу, що відрізняє її від інших підходів. Нижче подано ключові принципи логотерапії, сформульовані Віктором Франклом.

1. Людина є істотою, яка прагне сенсу

На відміну від інших психотерапевтичних шкіл, логотерапія виходить з того, що головна мотивація особистості – не задоволення (як у психоаналізі) і не домінування (як у індивідуальній психології Адлера), а **воління до сенсу**.

«Сенс не вигадується, а відкривається» – В. Франкл.

2. Сенс завжди доступний

Навіть у найважчих, трагічних обставинах – **сенс не зникає**. Людина здатна його побачити і реалізувати через:

- переживання любові;
- творчу діяльність;
- страждання і ставлення до нього.

У концтаборі Франкл спостерігав, що виживали ті, хто мав «навіщо жити».

3. Людина – істота, здатна до вибору

Між стимулом і реакцією завжди є **простір свободи**, де ми можемо обрати, як ставитися до ситуації. Це ключова позиція логотерапії – навіть якщо ми не можемо змінити ситуацію, ми можемо змінити **ставлення до неї**.

4. Людина – духовна істота. Психіка людини складається з тілесного, психічного та **ноетичного рівня** (духовного). На цьому рівні розташовані: совість; цінності; воля до сенсу; любов; відповідальність. Саме до ноетичного рівня звертається логотерапія – як до джерела свободи й внутрішньої сили.

5. Проблеми не завжди симптоматичні. Логотерапія не зосереджується виключно на **симптомах**. Її мета — **допомогти людині знайти сенс**, а не позбутися проблем будь-якою ціною. Часто саме **втрата сенсу** є причиною тривоги, депресії, апатії.

6. Відповідальність – паралель до свободи

Свобода вибору нерозривно пов'язана з відповідальністю: перед життям, перед іншими, перед власною совістю. «Життя задає нам питання, а ми відповідаємо на нього – своїм вибором, вчинками, рішеннями» – Франкл.

7. Людина не може бути зведена до діагнозу

На відміну від діагностично-орієнтованих підходів, логотерапія бачить особистість, а не синдром. Кожна людина – це не її тривога, депресія, травма. Вона завжди більше, ніж її симптом.

Таким чином, логотерапія – це не просто «терапія через сенс», а погляд на людину як на творця власного життя, як на істоту, що не лише реагує, а й шукає, створює, відкриває сенс — навіть в умовах кризи, втрати, болю.

Методи логотерапії: дерефлексія та парадоксальна інтенція

У логотерапії, поряд із глибинними філософськими ідеями, є конкретні терапевтичні методи, які допомагають клієнтам справлятися з тривожними розладами, невротизмом, депресією, фобіями тощо. Найвідоміші з них – дерефлексія і парадоксальна інтенція. Обидва спрямовані на переорієнтацію уваги клієнта та звільнення від нав'язливих реакцій.

Дерефлексія – це метод відвернення надмірної уваги від самого себе, особливо від симптомів, станів і внутрішніх спостережень. Франкл спостерігав, що невротична поведінка часто пов'язана із зайвою концентрацією на собі, своїх переживаннях, емоціях, тілесних проявах. Людина «переглядає себе зсередини», що породжує замкнене коло тривоги.

Завдання дерефлексії

- переключити фокус з внутрішньої тривоги на зовнішню дію, взаємодію, сенсотворення;
- допомогти клієнту звернути увагу на інших людей, справи, природу, творчість;
- знизити рівень самоспостереження, яке лише підсилює симптом.

Приклад:

Клієнт із сексуальною дисфункцією постійно фокусується на тому, «чи вийде цього разу». Це напруження блокує природну відповідь організму. Дерефлексія – допомога зосередитися на партнері, на любові, а не на собі.

Парадоксальна інтенція – це метод, за допомогою якого клієнту пропонується навмисно прагнути того, чого він боїться або чого уникає.

Основна ідея: тривога живе там, де є примус до успіху або страх провалу. Якщо зняти цей примус – через жарт, іронію, перебільшення – симптом слабшає або зникає.

Завдання методу

- зруйнувати замкнене коло страху перед страхом;
- активізувати внутрішню свободу людини щодо власної проблеми;
- дати їй досвід контролю через несподіваний підхід.

Приклади

- Людина з інсомнією боїться не заснути – що тільки погіршує ситуацію. Парадоксальна інтенція: «Сьогодні спробуйте не заснути, як можна довше – навмисно».

- Клієнт боїться заїкання під час виступу: «На початку виступу зробіть найсмішніше заїкання, яке тільки зможете».

- Людина з соціальною тривогою: «Спробуйте навмисно викликати у себе тремтіння рук у громадському місці».

У результаті страх втрачає силу, симптом – свою нав'язливість, а клієнт – набуває впливу над ситуацією через гру і вільний вибір.

Методи логотерапії:

- не намагаються усунути симптом як такий — вони звертають увагу на сенс, позицію, усвідомлення;
- працюють із духовною свободою людини;
- дозволяють клієнтові побачити, що він — більше, ніж його симптом, що він здатен обирати, навіть перед лицем страждання.

Ці методи часто поєднуються з іншими екзистенційними та гуманістичними підходами й залишаються ефективними у роботі з клієнтами, які шукають не лише полегшення, а й відповіді на глибокі питання про життя, смерть, вибір, сенс і любов.

ТЕМА 10. КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРИСТИЧНИЙ НАПРЯМОК ПСИХОТЕРАПІЇ

План:

1. Загальна характеристика поведінкового напрямку в психотерапії.
2. Напрями поведінкової терапії.
3. Цілі, вимоги до клієнта та терапевта у поведінковій психотерапії
4. Особливості методів поведінкової психотерапії.
5. Когнітивний напрямок психотерапії: теоретичні засади та психотерапевтичні техніки.
6. Раціонально-емотивна психотерапія: теоретичні засади та психотерапевтичні техніки.
7. Когнітивна психотерапія Аарона Бека

Текст лекції:

Загальна характеристика поведінкового напрямку в психотерапії

Поведінкова психотерапія (біхевіоральна) – один із найстаріших науково обґрунтованих психотерапевтичних підходів, який виник у середині ХХ століття під впливом ідей класичного та оперантного обумовлення. Її основна мета – модифікація поведінки людини через навчання нових навичок, формування адаптивних реакцій і усунення неефективних моделей поведінки.

Історичні витоки

Поведінкова терапія сформувалась на основі таких ключових теорій:

1. **Класичне обумовлення** (І. П. Павлов, Дж. Ватсон): формування умовних рефлексів шляхом асоціації між нейтральним стимулом і реакцією.
2. Приклад: якщо собаку годувати після дзвінка, згодом дзвінок сам викликатиме слиновиділення. Аналогічно – якщо дитину сварити за крик, вона може перестати виявляти емоції.
3. **Оперантне обумовлення** (Б. Ф. Скіннер): поведінка, яка підкріплюється позитивно, повторюється частіше, а та, що не підкріплюється або карається – згасає.
4. Приклад: дитина, яку хвалять за охайність, буде частіше прибирати свої речі.
5. **Соціальне навчання** (А. Бандура): людина навчається через **спостереження** за моделями поведінки інших людей, особливо авторитетних фігур (батьки, вчителі, телевізійні персонажі).

Основні положення поведінкової психотерапії

1. **Поводження можна змінити шляхом навчання** – навіть складні проблеми формуються через механізми підкріплення і можуть бути відкориговані через перебудову зв'язків між стимулом і реакцією.

2. **Поведінка є об'єктом терапевтичної роботи** – не уявлення, не «підсвідомість», а конкретні дії та реакції.

3. **Поведінка завжди є адаптацією до середовища** – навіть симптоми (тривога, уникання, нав'язливості) мають функцію захисту або компенсації.

4. **Вся поведінка є результатом навчання** – тож вона може бути переучена або змінена на іншу, більш ефективну.

5. **Терапевт – це тренер, а не інтерпретатор** – він допомагає клієнтові вчитися новому, фіксує прогрес, надає зворотний зв'язок, а не аналізує минуле.

Цілі поведінкової терапії

- Усунення дезадаптивної поведінки;
- Навчання новим формам поведінки;
- Підвищення здатності до саморегуляції;
- Формування стійких навичок, що заміщають симптоматичні реакції;
- Зміцнення мотивації через позитивне підкріплення.

Основні сфери застосування: тривожні розлади; фобії; obsесивно-компульсивні симптоми; тики, енурез; залежності; проблемна поведінка у дітей та підлітків; розлади харчової поведінки; агресія, імпульсивність; соціальні навички у дітей з аутизмом (АВА-терапія).

Суть поведінкової психотерапії у двох словах: навчи і закріпи

Суть підходу — не говорити про поведінку, а **формувати нові дії** через поступове тренування, моделювання, підкріплення і контроль середовища.

Основні поняття поведінкової психотерапії

Щоб глибоко зрозуміти логіку поведінкової терапії, необхідно ознайомитися з її ключовими поняттями, які стали фундаментом для багатьох сучасних підходів, включно з когнітивно-біхевіоральною терапією (КПТ). Нижче наведено головні терміни та пояснення до них, адаптовані до практики психотерапевта.

Поведінка (behavior)

У поведінковій терапії **поведінка** – це все, що можна спостерігати або виміряти. Це не лише дії, але й фізіологічні реакції, емоційні прояви, мова тіла, жести, звуки, навіть реакції уникання. Наприклад: уникнення соціального контакту, часте перебирання предметів у руках, втеча з кімнати – все це розглядається як поведінка.

Стимул (stimulus) – це зовнішній або внутрішній вплив, який **передую** поведінці й викликає реакцію. Це може бути будь-що: звук, запах, слово, думка,

спогад, ситуація. Наприклад, вигук вчителя – стимул; він може викликати тривогу або захисну реакцію в учня.

Реакція (response) – це **відповідь організму на стимул**. Вона може бути миттєвою (тілесна реакція), емоційною (переляк), поведінковою (втеча) або словесною. Наприклад: учень почервонів, затремтів і мовчки сів – це ланцюг реакцій на стимул.

Підкріплення (reinforcement)

Це механізм, за допомогою якого **певна поведінка закріплюється** й повторюється в майбутньому. Розрізняють:

- **Позитивне підкріплення** – додавання приємного стимулу після бажаної поведінки (нагородження, похвала).
- **Негативне підкріплення** – усунення неприємного стимулу після бажаної поведінки (звільнення від завдання після співпраці).

Приклад: дитина прибрала іграшки – її похвалили. У майбутньому ця поведінка закріпиться.

Покарання (punishment) – це спосіб зменшити ймовірність повторення небажаної поведінки. Може бути:

- **Позитивне покарання** – додавання неприємного стимулу (накрик, докір).
- **Негативне покарання** – вилучення позитивного стимулу (заборона грати в телефон).

Важливо: у сучасній психотерапії покарання використовується дуже обережно, перевага надається позитивному підкріпленню.

Гасіння (extinction) – це поступове **зникнення поведінки, яка не підкріплюється**. Якщо реакція не отримує результату – вона згасає.

Наприклад: якщо дитина істерить, але не отримує бажаного – ця поведінка припиняється з часом.

Дискримінація та генералізація

- **Дискримінація** – здатність відрізнати, у якій ситуації певна поведінка підкріплюється, а в якій – ні.

Наприклад: дитина знає, що з мамою можна кричати, а з вчителем – ні.

- **Генералізація** – перенесення навченого досвіду на нові схожі ситуації.

Людина, яка навчилася впевнено розмовляти з лікарем, переносить це вміння на розмову з начальником.

Ланцюг поведінки (behavior chain)

Поведінка рідко проявляється ізольовано – зазвичай це **ланцюжок дій**, де один елемент веде до іншого:

Страх → Уникнення → Тимчасове полегшення → Зміцнення страху.

Терапевт вчиться розпізнавати ці ланцюги та «розривати» їх у ключових точках.

Моделювання (modeling). Навчання відбувається через **спостереження за моделлю** – іншою людиною, яка демонструє бажану поведінку. Терапевт може виступати як модель або включати рольові ігри.

Самопідкріплення (self-reinforcement). Формування здатності **самостійно нагороджувати себе** за досягнення – як психологічна техніка. Це підвищує внутрішню мотивацію та зміцнює нові звички.

Напрями поведінкової терапії

Поведінкова терапія базується на фундаментальних принципах наукової психології поведінки, які виникли в рамках експериментальних досліджень у ХХ столітті. В основі її теоретичної моделі лежать класичні концепції навчання, що були вивчені і перевірені в лабораторіях і пізніше адаптовані до клінічної практики.

Теорія класичного обумовлення (І. Павлов, Дж. Ватсон)

Суть: нейтральний стимул, якщо він багаторазово поєднується з значущим, починає викликати таку саму реакцію. Приклад: якщо дитину лякати звуком сирени перед уколом, то згодом навіть звук сирени сам по собі викликати тривогу. У психотерапії класичне обумовлення пояснює: розвиток фобій; формування емоційної реакції на певні ситуації; закріплення страхів і тривожних відповідей. Терапевтичні методи: десенсибілізація, контробумовлення, систематична експозиція.

Теорія оперантного обумовлення (Б. Ф. Скіннер)

Суть: поведінка визначається її наслідками. Те, що підкріплюється – зберігається, те, що ігнорується або карається – зникає. Приклад: якщо дитина отримує цукерку за гарну поведінку – ця поведінка повторюватиметься. У терапії ця теорія пояснює: виникнення й підтримання шкідливих звичок; труднощі з самоконтролем; особливості мотивації клієнта. Методи: оперантне підкріплення, план токенів (система винагород), позитивне/негативне підкріплення, гасіння.

Теорія соціального навчання (А. Бандура)

Суть: люди навчаються через спостереження, наслідування й імітацію. Ми вчимося не лише через власний досвід, а й через досвід інших – особливо значущих фігур. Наприклад, дитина, яка бачить, як батько кричить, також вчиться висловлювати злість криком. Цей принцип ліг в основу: рольових ігор у терапії; терапії соціальних навичок; сімейної поведінкової терапії. Методи: моделювання, соціальний тренінг, відеотренінги.

Принцип ієрархії поведінки (Дж. Волпе)

Джозеф Волпе створив метод **систематичної десенсибілізації**, виходячи з принципу: страх – це навчена відповідь, яку можна поступово послабити.

- Формується ієрархія тривожних ситуацій – від найлегших до найскладніших;
- Клієнта навчають технікам релаксації;
- Поступово вводять ситуації зі списку;
- Відбувається «перевчання» реакції: замість страху виникає спокій.

Модель S–R–C (стимул – реакція – наслідок)

Ця модель пояснює, як відбувається підкріплення або гальмування поведінки:

- S — стимул (ситуація);
- R — реакція (поведінка);
- C — наслідок (позитивний чи негативний результат).

Наприклад:

- S – виклик на співбесіду,
- R – уникнення,
- C – тимчасове полегшення → підкріплення уникання.

Філософська основа: емпіризм і наукова об'єктивність

Поведінкова терапія спирається на:

- спостережувану, вимірювану поведінку;
- використання експериментів і перевірених методів;
- практичну орієнтацію: що працює – те цінне;
- відмову від гіпотетичних конструкцій типу «підсвідомість» - лише те, що проявляється у поведінці або змінюється внаслідок впливу.

Цілі, вимоги до клієнта та терапевта у поведінковій психотерапії

Поведінкова психотерапія має чітку структуру, визначені цілі та практичні орієнтири. У фокусі – **ефективність, вимірюваність змін і реалістичність очікувань**. Успішність терапії значною мірою залежить не тільки від професіоналізму терапевта, а й від **активної участі клієнта** у процесі, його готовності до змін, регулярного виконання домашніх завдань і готовності до самоспостереження.

Цілі поведінкової психотерапії

- **Модифікація проблемної поведінки:** усунення неадаптивних форм реагування (фобій, уникання, агресії, компульсій тощо).
- **Формування нових моделей поведінки:** навчання новим навичкам, корисним звичкам і реакціям.

- **Зміцнення саморегуляції:** розвиток здатності клієнта самостійно впливати на свою поведінку.
- **Підвищення адаптивності:** покращення комунікації, соціальної взаємодії, здатності до навчання і праці.
- **Поступове згасання дезадаптивної поведінки:** через гасіння, перепідкріплення, десенсибілізацію.
- **Фокус на «тут і тепер»:** зменшення впливу минулих негативних досвідів на теперішнє функціонування.

Вимоги до клієнта

Активна участь. Клієнт повинен бути не пасивним слухачем, а активним учасником процесу. Він бере участь у плануванні терапевтичних цілей, виконує завдання, спостерігає за власною поведінкою, веде щоденник.

Готовність до змін. Клієнт має бути готовий експериментувати, пробувати нові способи реагування, навіть якщо це незвично або викликає дискомфорт.

Чесність та відкритість. Важливою є готовність клієнта відверто повідомляти про свої реакції, складнощі, переживання під час виконання технік або завдань.

Терпіння та послідовність. Поведінкова зміна потребує **часу і повторень**. Клієнт повинен розуміти, що швидких результатів не буде – але вони будуть стабільними, якщо вкладати зусилля.

Вимоги до терапевта

Професійна компетентність. Знання принципів класичного і оперантного обумовлення, теорії навчання, принципів підкріплення та гасіння. Навички побудови індивідуального плану поведінкової модифікації. Вміння адаптувати техніки до віку, типу особистості, рівня мотивації клієнта.

Структурованість і гнучкість. З одного боку, терапія має бути чітко структурованою (етапи, цілі, критерії успіху), з іншого – терапевт повинен бути **гнучким у підходах**, щоб адаптувати стратегії до особливостей клієнта.

Здатність до зворотного зв'язку. Терапевт повинен надавати регулярний, конструктивний зворотний зв'язок, підтримувати клієнта у прогресі й коригувати дії в разі необхідності.

Безоціночне ставлення. Незважаючи на поведінковий фокус, терапевт працює **без засудження**, визнає труднощі клієнта, створює підтримуюче середовище.

Партнерство в терапевтичному процесі

Поведінкова терапія ґрунтується на **співпраці** між клієнтом і терапевтом. Тут не має бути патерналізму чи залежності – терапевт є наставником, помічником, який навчає, спостерігає, коригує, але **не вирішує проблеми замість клієнта**. Завдання терапевта – навчити клієнта керувати власною поведінкою **самостійно**.

Особливості методів поведінкової психотерапії

Методи поведінкової психотерапії – це конкретні, практично орієнтовані інструменти, які застосовуються для зміни поведінки, що заважає людині адаптуватися до середовища або порушує її психічне благополуччя. Усі методи мають чіткі теоретичні основи та ефективно використовуються в роботі з дітьми, підлітками й дорослими.

Особливості поведінкових методів: простота і наочність; чітка структура і послідовність; вимірюваність результату; орієнтація на короткостроковий ефект з довгостроковим закріпленням; висока ефективність у дітей, підлітків, людей із низьким рівнем рефлексії.

Систематична десенсибілізація (Дж. Волпе). Цей метод призначений для роботи з тривожними розладами та фобіями. Він базується на класичному обумовленні, ідеї про те, що страх — це навчена реакція, яку можна «відучити».

Етапи:

1. Навчання релаксації (наприклад, м'язова релаксація Джекобсона).
2. Побудова ієрархії тривожних стимулів (від найлегшого до найстрашнішого).
3. Поступове відтворення ситуацій у супроводі релаксації.

Приклад: клієнт боїться виступати публічно. Спочатку уявляє порожню залу, потім маленьку аудиторію, далі – реальні презентації. Паралельно – дихальні вправи.

Експозиційна терапія. Це метод прямого зіткнення зі страхом без можливості уникнення. Використовується при: фобіях, ОКР, ПТСР, соціальній тривозі. **Мета** – звикнути до тривоги без втечі → зменшення симптомів.

Види:

- **in vivo** (в реальних умовах);
- **imaginatio** (уявно);
- **інтероцептивна експозиція** (штучне викликання тілесних симптомів тривоги – наприклад, гіпервентиляція).

Навчання новим навичкам

Це позитивна альтернатива гасінню. Замінюється дезадаптивна поведінка на більш корисну. Застосовується при: соціальній тривожності; порушеннях саморегуляції; дефіциті соціальних навичок.

Форми навчання: моделювання (терапевт демонструє поведінку); рольові ігри; відеоспостереження; тренінги асертивності.

Метод токенів (жетонної системи). Застосовується переважно в роботі з дітьми:

- за бажану поведінку клієнт отримує символічну винагороду (жетони);
- жетони обмінюються на реальні приємності (час з гаджетом, солодощі тощо).

Використовується у школах, терапевтичних спільнотах, АВА-терапії для дітей з РАС.

Аверсивна терапія. Метод, що базується на формуванні асоціації між небажаною поведінкою та неприємним наслідком. Застосовується рідко і лише у клінічно обґрунтованих випадках (наприклад, при залежностях).

Наприклад: медикамент, що викликає блювання після вживання алкоголю.

Самоспостереження та самоконтроль. Клієнта навчають: відслідковувати власну поведінку (щоденники, графіки); фіксувати думки, емоції, дії; вводити самопідкріплення або самонагородження. Такий підхід сприяє збільшенню самостійності клієнта.

Ланцюгова терапія (chain analysis). Аналіз послідовності дій, які призвели до проблемної поведінки.

Кроки:

- опис ситуації;
- опис думок і почуттів;
- визначення моменту втрати контролю;
- аналіз альтернатив.

Використовується у роботі з компульсивною поведінкою, імпульсивними розладами.

Когнітивний напрямок психотерапії: теоретичні засади та психотерапевтичні техніки

Когнітивна психотерапія — це напрям психотерапії, який виник у 1960–1970-х роках як відповідь на обмеження психоаналізу та поведінкової терапії. Її основоположником вважається **Аарон Бек**, який запропонував новий підхід до роботи з депресією та іншими розладами через зміну **деструктивних автоматичних думок**.

Основна ідея когнітивного підходу. Психічне здоров'я людини залежить не лише від зовнішніх обставин, а насамперед — від того, як вона їх інтерпретує. Між подією та емоційною реакцією завжди стоїть думка, яка цю реакцію і спричиняє. Подія → Думка → Емоція → Поведінка

Наприклад:

Подія — хтось не привітався →

Думка — «він мене зневажає» →

Емоція — образа →

Поведінка — уникання.

Теоретичні засади когнітивної терапії

Автоматичні думки

Це швидкі, часто неусвідомлені судження, які виникають у відповідь на ситуацію. Вони: миттєві; несвідомі; емоційно заряджені; зазвичай негативні (особливо при депресії, тривозі).

Когнітивні спотворення – це типові помилки мислення, які призводять до негативної оцінки себе, світу і майбутнього. Основні з них:

- Все або нічого: «Я або успішний, або ніхто».
- Катастрофізація: «Це провал! Я більше ніколи не оговтаюсь».
- Фільтрація негативу: «Було 9 компліментів і 1 критика – і я думаю тільки про критику».
- Читання думок: «Я точно знаю, що вони мене зневажають».
- Передбачення майбутнього: «Я знову облажаюсь на співбесіді».

Схеми і дисфункціональні переконання. Глибші структури мислення, які формуються з дитинства. Наприклад:

- «Я недостойний любові»,
- «Світ небезпечний»,
- «Я повинен бути ідеальним».

Вони «підживлюють» автоматичні думки й визначають шаблони поведінки.

Терапевтичні техніки когнітивного підходу

Виявлення автоматичних думок. Клієнт вчиться помічати, що саме він подумав у момент виникнення сильної емоції. Запитання: «Що промайнуло в голові, коли ти це почув?»

Когнітивна реструктуризація. Це процес перевірки й зміни негативних думок. Методика: – Чи є докази «за» і «проти» цієї думки? – Чи не перебільшую я? – Що б я сказав другу на його місці? – Чи це єдина можлива інтерпретація?

Записи думок. Клієнт веде щоденник, де записує: ситуацію; автоматичну думку; емоцію; альтернативну думку; зміну в емоціях.

Поведінкові експерименти. Клієнт перевіряє свої переконання **на практиці**. Наприклад: «Якщо я заговорю з незнайомцем – мене знехтують». Завдання: спробувати і перевірити – що відбулось насправді?

Робота з глибинними переконаннями. Це вже **просунутий етап терапії**, коли клієнт досліджує і трансформує свої базові життєві схеми: «Я – невдаха», «Я не маю права на помилку», «Я нецікавий» тощо.

Переваги когнітивної терапії:

- Науково підтверджена ефективність;
- Структурованість і прозорість процесу;
- Навчання клієнта самостійно справлятися з труднощами;
- Широке застосування при депресії, тривожних розладах, ОКР, ПТСР, порушеннях харчової поведінки, міжособистісних проблемах.

Раціонально-емотивна психотерапія: теоретичні засади та психотерапевтичні техніки

Раціонально-емотивна поведінкова терапія (РЕПТ) – це один із найвпливовіших когнітивно-поведінкових напрямів, заснований **Альбертом Еллісом** у 1950-х роках. Елліс об'єднав філософську основу стоїцизму з поведінковим і когнітивним підходами та створив практичну модель, яка ефективно допомагає людям змінювати ірраціональні переконання і почуватися краще.

Основна ідея РЕПТ. Людей засмучують не події самі по собі, а їхні переконання про ці події. Іншими словами, ми не реагуємо на ситуацію напряду, а на те, як ми її інтерпретуємо. Ці інтерпретації часто є **ідеалістичними, катастрофізуючими або нереалістичними**, і саме вони створюють внутрішні конфлікти.

Формула Елліса:

A (подія) → B (переконання) → C (емоційна реакція)

Приклад А-В-С-моделі

- A (Activating Event) – ситуація: «Мене не запросили на зустріч».
- B (Belief) – переконання: «Це означає, що я нікому не цікавий. Я – невдаха».
- C (Consequence) – наслідок: емоції сорому, гніву, депресії.

Раціонально-емотивна терапія не працює з емоціями безпосередньо, а змінює переконання (B), що спричиняють ці емоції.

Ірраціональні переконання (за Еллісом)

А. Елліс виділив основні типи ірраціональних переконань, які заважають адаптивному функціонуванню:

- «Я повинен завжди отримувати схвалення від інших».
- «Я повинен бути ідеальним у всьому».
- «Люди повинні поводитися справедливо, інакше вони погані».
- «Мені обов'язково потрібно все контролювати».
- «Це жахливо, коли щось іде не так, як я хочу».

Такі «повиненства» породжують почуття провини, тривогу, гнів, сором і фрустрацію.

Мета РЕПТ: виявити ірраціональні переконання; оскаржити їх логічно та емоційно; замінити на раціональні альтернативи; навчитися діяти більш гнучко і вільно у різних життєвих ситуаціях.

Техніки РЕПТ

1. D-E-M-модель

Розширена модель виглядає так:

- **A** – подія
- **B** – переконання
- **C** – наслідки
- **D** – Disputation (спростування переконання)
- **E** – нове ефективне переконання
- **M** – новий результат

Приклад:

- D: «Чи дійсно це означає, що я невдаха?»
- E: «Можливо, їм просто зручно було без мене».
- M: «Я почуваю себе краще і не уникаю більше цієї компанії».

2. Диспут ірраціональних думок

Робота через логічний і емоційний диспут:

- «Чи обов'язково всі мають мене схвалювати?»
- «Чи реально очікувати, що життя завжди буде справедливим?»
- «Що гіршого станеться, якщо я зроблю помилку?»

3. Практичні завдання

Клієнтам пропонуються: письмові рефлексії; завдання на перевірку переконань у реальному житті; рольові ігри; афірмації на нові переконання.

4. Робота з емоційною термінологією

РЕПТ приділяє увагу тому, як ми називаємо емоції. Відмова від драматичних формулювань («жахливо», «катастрофа», «нестерпно») на користь більш збалансованих («мені важко», «я не хочу, але витримаю»).

6. Особливості стилю терапевта в РЕПТ

- Активний і директивний стиль;
- Модель «тренера», а не пасивного слухача;
- Високий рівень включеності;
- Стимулювання логічного мислення клієнта;
- Часте використання гумору, гіперболізації, перебільшення – для викриття ірраціональності думок.

Раціонально-емотивна терапія А. Елліса

Раціонально-емотивна терапія (РЕТ), розроблена Альбертом Еллісом, є першою в історії повноцінною когнітивною психотерапією. Вона стала основою для розвитку когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ), вплинувши на підходи Бека, Мехенбаума та інших. Елліс виступав за демократичну, гуманістичну модель особистості, в якій людина не є жертвою обставин або «несвідомого», а відповідальна за власне емоційне самопочуття через свої переконання та установки.

Елліс вважав, що ми постійно формулюємо інтерпретації, які впливають на наші емоції та поведінку. Він відмовлявся від патерналістичного підходу до клієнта – замість цього пропонував активно вчити людину мислити логічно, самостійно та критично. Основне питання Елліса: «Що ти говориш собі в голові – і як це на тебе діє?»

Цілі РЕТ: виявлення ірраціональних переконань; спростування їх логічним і емоційним диспутом; формування раціонального стилю мислення; навчання гнучкій, приймаючій поведінці; розвиток емоційної відповідальності та самодисципліни.

Структура психотерапевтичного процесу в РЕТ

1. Освітній компонент. Терапевт пояснює клієнтові природу його емоційних проблем, знайомить з теорією А-В-С, допомагає розпізнати мислення як першопричину деструктивних емоцій.

2. Активне втручання. Терапевт активно працює з переконаннями клієнта: задає прямі питання, пропонує альтернативи, кидає інтелектуальні виклики.

3. Навчання новим переконанням. Клієнт формулює нові твердження, які логічно, емоційно і поведінково замінюють попередні ірраціональні установки.

Приклади трансформації переконань

Ірраціональне переконання	Раціональна альтернатива
«Я повинен бути досконалим»	«Я прагну розвитку, але дозволяю собі помилятися»
«Люди повинні мене завжди поважати»	«Було б добре, якби мене поважали, але я не загину, якщо це не так»
«Це катастрофа!»	«Це дуже неприємно, але я впораюся»

Особливості стилю терапевта в РЕТ

- **Активність і прямота:** терапевт ставить питання, зупиняє руйнівні логічні кола.
- **Юмор:** Елліс часто використовував гумор для «демонтажу» катастрофізації.
- **Навчальна позиція:** терапевт — це вчитель, що тренує мислення.
- **Конфронтаційність:** терапевт не погоджується з клієнтом задля підтримки, а кидає виклик його шкідливим установкам.

Види вправ у РЕТ

- Письмові диспути з думками;
- Створення особистого «словника» раціональних тверджень;
- Мисленнєві експерименти («Що б сказав друг?»);
- Емоційне тренування: навчитись сприймати емоції не як катастрофу, а як «просто хвилю»;
- Виставлення себе на «страшну ситуацію»: експозиція задля ламання переконання.

Ефективність РЕТ. РЕТ є доказовим методом, що показав високу ефективність при: тривожних розладах; депресії; соціофобії; емоційній нестабільності; роботі з гнівом, ревнощами, виною, соромом; консультуванні підлітків і дорослих у складних ситуаціях вибору.

Когнітивна психотерапія Аарона Бека

Аарон Т. Бек – американський психіатр і психотерапевт, засновник когнітивної терапії, яка згодом трансформувалась у когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). На відміну від директивної і конфронтаційної манери Елліса, Бек сформував м'який, співпрацевий підхід, орієнтований на спільне дослідження мислення клієнта й розвиток самостійності.

Основні ідеї когнітивної терапії Бека

Тріада Бека

При депресії у людини спостерігається так звана **когнітивна тріада**:

- негативне бачення **себе** («Я нікчемний»),
- негативне бачення **світу** («Світ небезпечний і ворожий»),
- негативне бачення **майбутнього** («Все буде лише гірше»).

Автоматичні думки

Це швидкі, автоматичні судження, які клієнт часто не встигає усвідомити, але які викликають сильні емоційні реакції. Наприклад: ситуація – дзвінок з невідомого номера → думка — «це погано» → емоція – тривога.

Схеми (core beliefs)

Глибокі переконання про себе, інших і світ, які формуються у дитинстві і підтримуються в дорослому віці. Наприклад:

- «Я нікому не потрібен»,
- «Я не заслуговую любові»,
- «Світ – небезпечне місце».

Ці схеми активізуються в певних життєвих ситуаціях і зумовлюють автоматичні думки.

Структура когнітивної терапії:

Орієнтація на теперішнє. Клієнт і терапевт фокусуються на актуальних проблемах і симптомах, а не на минулому.

Активна участь клієнта. Клієнт – співдослідник, а не пасивний об'єкт допомоги. Він веде щоденники думок, виконує домашні завдання, аналізує свої реакції.

Обмежений у часі формат. Терапія зазвичай триває від 8 до 20 сесій, з чіткою структурою і визначеними цілями.

Основні техніки когнітивної терапії Бека

«Щоденник думок». Клієнт фіксує ситуації, емоції, автоматичні думки, альтернативні інтерпретації, зміни в емоційному стані.

Техніка «Сократівського діалогу». Терапевт ставить запитання, які допомагають клієнту самому перевірити істинність своїх думок: «Які докази

підтримують цю думку?» «Чи є інші пояснення ситуації?» «Як би я відреагував, якби мій друг думав так про себе?»

Виявлення когнітивних спотворень. Спільна робота над виявленням шаблонних помилок мислення (катастрофізація, читання думок, персоналізація тощо).

Поведінкові експерименти. Запропоновані дії, які перевіряють хибність переконань. Наприклад: умка: «Якщо я почну розмову, мене відштовхнуть»; дія: почати розмову з 3 незнайомцями; результат: більшість відповіли привітно → думка слабшає.

Тестування переконань. Створення логічного «суду» над думкою: які «свідки» підтримують цю думку; які «свідки» спростовують її; який «вирок» можна винести.

Приклади трансформаційних діалогів

Автоматична думка	Альтернативна інтерпретація
«Я провалив все»	«Я помилився в одному – але це не весь мій день»
«Я нікому не цікавий»	«Є кілька людей, які мене цінують»
«Майбутнє безнадійне»	«Я не знаю, що буде – але завжди є шанс на краще»

Ефективність когнітивної терапії. Наукові дослідження підтверджують високу ефективність методу Бека при: депресивних розладах; генералізованій тривозі; соціофобії; ОКР; ПТСР; розладах харчової поведінки; стресових розладах.

Психологічна допомога при емоційних розладах (у межах когнітивно-біхевіористичної терапії)

Когнітивно-біхевіористична терапія (КБТ) зарекомендувала себе як один із найефективніших підходів у роботі з емоційними порушеннями, зокрема з тривожними й депресивними розладами. Її сила – в поєднанні когнітивного аналізу мислення з практичними техніками зміни поведінки, а також у можливості навчити клієнта самодопомоги.

Робота з тривожними розладами. КБТ для тривожних станів передбачає:

- ідентифікацію тривожних автоматичних думок;
- дослідження ірраціональних переконань щодо небезпеки;
- проведення поведінкових експериментів і експозиційної терапії;
- навчання клієнта технікам самозаспокоєння, дихання, м'язової релаксації.

Наприклад: людина з соціальною тривогою вчиться: розпізнавати негативні прогнози («Мене висміють»), перевіряти їх у реальних взаємодіях, поступово знижувати уникання.

Робота з депресією. У випадках депресії акцент робиться на: активізації поведінки (виведення з пасивного стану через маленькі досягнення); виявленні негативної когнітивної тріади (себе – світу – майбутнього); розвитку раціонального мислення; поступовому відновленні інтересів, відчуття сенсу, цінності себе. Стратегія: «Зроби хоч одну корисну дію сьогодні — це вже зміна».

Робота з емоційною регуляцією. При нестабільних емоціях, дратівливості, імпульсивності: вчать упізнавати емоції «в моменті»; досліджують події – думки – реакції; формують емоційний словник: вміння називати емоції – перший крок до їх регуляції; навчають самоспостереженню й тайм-аутам; пропонують техніки зміни оцінок подій.

Робота з панічними атаками. КБТ довела ефективність у подоланні паніки завдяки: моделюванню інтероцептивної експозиції (викликання симптомів паніки штучно); розвінчання катастрофічних оцінок симптомів; навчання контролю дихання і тілесних реакцій; зміцненню впевненості у здатності пережити тривогу.

Робота з емоціями сорому, вини, гніву

- **Сором:** викриття критичних переконань про «негідність»; вправи на самосприйняття; перевірка соціальних прогнозів.
- **Вина:** розрізнення конструктивної й деструктивної провини; когнітивне переосмислення; акцент на дії в теперішньому.
- **Гнів:** навчання усвідомленню тригерів, перевірка інтерпретацій («він навмисно це зробив»), розвиток альтернатив поведінки.

Довгострокові цілі КБТ при емоційних розладах

- розвиток рефлексивності;
- формування стійких навичок саморегуляції;
- зміцнення самоефективності (віри в себе);
- поступова заміна внутрішнього критика на внутрішнього підтримувача.

Таким чином, когнітивно-біхевіористична терапія – це наука і мистецтво зміни мислення й поведінки, що дозволяє людині: побачити, як саме вона створює власні емоції; навчитися змінювати ці реакції логічно й конструктивно; отримати інструменти самодопомоги, які працюють не тільки в терапії, а й у повсякденному житті.

ТЕМА 11. ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНА ТЕРАПІЯ

План:

1. Загальна характеристика тілесно-орієнтованої психотерапії.
2. Тілесний діалог у розширеній обстановці.
3. Метод і техніки тілесно-орієнтованої терапії.
4. Ідеї Вільгельма Райха – джерело тілесно-орієнтованої терапії.
5. Підхід Олександра Лоуена до вирішення психологічних конфліктів.
6. М. Фельденкрайз, Іда Ролф, Герда Бойесен, Франц Александер, Меріон Розен: методи тілесної роботи.
7. Танатотерапія. Крикотерапія. Музикотерапія

Текст лекції:

Загальна характеристика тілесно-орієнтованої психотерапії

Тілесно-орієнтована психотерапія (ТОП) – це напрям психотерапії, який базується на переконанні, що психіка і тіло – єдине ціле, а психоемоційні проблеми проявляються не лише в думках і почуттях, але й у напругах, позах, рухах, диханні, енергетичному тонусі тіла. ТОП поєднує у собі психологічні, фізіологічні та соматичні підходи. Її **мета** – звільнення тіла від хронічної напруги, розблокування емоцій та відновлення контакту людини з власними відчуттями.

Основні ідеї напрямку:

1. **Тіло зберігає досвід.** Усі пережиті емоції (особливо травматичні) залишаються в тілі у вигляді затискачів, блоків, зміненого дихання.
2. **М'язові блоки – це захист.** Вони виконують функцію «заморожування» почуттів, які в минулому були небезпечними або забороненими.
3. **Тілесний контакт – шлях до глибших шарів психіки.** Робота з тілом дозволяє дістатися до несвідомого рівня швидше, ніж через слова.
4. **Рух і дихання активізують психічну енергію.** Це дає ресурс для змін і трансформацій.

Мета тілесно-орієнтованої терапії: відновлення вільного енергетичного потоку в тілі; усвідомлення і вивільнення витіснених емоцій; зменшення тілесних блоків і м'язових затискачів; покращення контакту з собою, тілом, емоціями; підвищення цілісності особистості через інтеграцію тілесного і психічного.

Межі методу:

- ТОП не замінює медикаментозну терапію при важких психіатричних станах (шизофренія, БАР тощо);

- Обережність потрібна при роботі з психосоматикою (можливе загострення);
- Не підходить клієнтам з тотальним розривом з тілом (дисоціація без стабілізації).

Очікуваний результат: зростання тілесної і емоційної чутливості; зниження рівня хронічної напруги, тривоги, втоми; покращення психоемоційного самопочуття; зміни у поведінці: більше свободи, спонтанності, впевненості; відновлення природної тілесної мови і вираження емоцій.

Мова тіла у традиційній обстановці

Мова тіла – це не лише рухи або жести, а універсальний і глибинний спосіб самовираження людини, який є первиннішим за мовлення. Ще до того, як ми починаємо говорити словами, ми вже виражаємо себе тілом: плачем, диханням, поглядом, позицією, реакцією на дотик. У психотерапії це розглядається як потужний ресурс для діагностики, контакту та інтервенції.

Роль мови тіла у терапевтичному процесі

У традиційній психотерапевтичній обстановці (кабінет, крісло, вербальна бесіда) тіло проявляє себе як:

- **провідник прихованих емоцій** (сором, страх, агресія, любов, смуток);
- **носій психосоматичних симптомів** (біль у спині, головний біль, м'язова напруга);
- **індикатор психологічного стану** (згорбленість, погляд додолу – ознака заниженої самооцінки; постійна напруга плечей – хронічна тривога).

Спостереження за мовою тіла клієнта дає терапевту:

1. **Підказки про настрій і стан:** навіть якщо клієнт говорить «все нормально», стиснуті кулаки або стиснене підборіддя можуть свідчити про внутрішню боротьбу.

2. **Можливість виявити м'язові затиски:** вони формуються як тілесна "броня", що стримує емоції. Наприклад, скованість грудної клітки може блокувати вираження печалі, дихання стає поверхневим.

3. **Поля для інтервенцій:** через тіло можна взаємодіяти з емоціями, не зачіпаючи поки що складні теми словами.

Приклад: «Коли ти говориш про це, твої плечі опускаються. Як ти це відчуваєш? Що хочеться зробити з тілом зараз?».

Тілесні паттерни як слід життєвого досвіду

Мова тіла формується не лише генетично, а й через: стиль виховання; травматичні події; хронічні емоційні стани; культурні обмеження (заборона плакати, боятись, виражати гнів).

Тіло «запам'ятовує» досвід. Навіть якщо людина «забула» подію – її спина, дихання або голосова інтонація можуть свідчити про пережиту втрату, покарання, сором або страх.

Практичні приклади роботи з традиційною тілесною мовою:

- **Робота з тілесною присутністю:** терапевт звертає увагу клієнта на поставу, рухи, дихання.
- **Використання «дзеркала»:** терапевт повторює рух клієнта, щоб підкреслити і усвідомити тілесний сигнал.
- **М'яка тілесна фокус-рефлексія:** «Що відчуваєш у тілі, коли говориш про це? Де це живе в тілі?».

Тіло не лише «носіє проблем» - воно також: вміє зцілювати (через рух, дихання, розслаблення); може бути опорою в моменті (заземлення, контакт з тілесним); дозволяє відчути себе живим, присутнім, реальним.

У традиційній обстановці тіло – це мовчазний учасник терапії, і роль психотерапевта полягає в тому, щоби чути не тільки слова, а й рухи, жести, напругу, втечу очима, зміни дихання, – і повертати це клієнтові в безпечний, співчутливий спосіб.

Тілесний діалог у розширеній обстановці

У тілесно-орієнтованій терапії важливо не лише спостерігати за тілом, а й вступати з ним у діалог – створювати умови, де тіло може виразити себе вільно, відреагувати, позбутися напруги, «договорити» те, що не було сказано словами. Такий діалог можливий у так званій розширеній обстановці – там, де терапевтична сесія виходить за межі кабінету або стандартної вербальної бесіди.

Розширена обстановка – це простір, де тіло перестає бути пасивним контейнером, а стає голосом душі, що говорить мовою жестів, тремтіння, сліз, рухів і дихання.

Розширена обстановка - це особливий простір, який включає: вільний рух і дихання (вправа, гімнастика, стояча або лежача позиція); використання тілесних технік (дотик, масаж, вправи на баланс, опір); голос, звук, крик, плач як прояв емоції; реквізит – матраци, подушки, м'ячі, тканини, інструменти тощо.

Це може бути окрема кімната або зал із вільним простором для руху. Тут тіло виходить із позиції «пасивного об'єкта» і стає активним учасником переживання.

Тілесний діалог – це процес, коли: людина спілкується зі своїм тілом через увагу, дотик, рух; терапевт читає тілесні сигнали клієнта (позиція, напруга, ритм руху, міміка); між тілом і свідомістю встановлюється внутрішній зв'язок; терапевт і клієнт будують контакт через тіло, а не лише через слова.

Цілі тілесного діалогу:

1. Виявити і активувати заблоковані емоції.
2. Емоції, що були «заморожені», з'являються в русі, голосі, тілесному імпульсі.
3. Допомогти клієнтові повернути контакт із тілом.
4. Багато людей роками живуть «у голові», відчуючи себе відірваними від тілесного досвіду.
5. Завершити незавершені рухи.
6. Наприклад, удар, який не відбувся під час травми, крик, який було заборонено в дитинстві – тепер можуть бути символічно «договорені».
7. Вивільнити хронічну м'язову напругу.
8. Це може бути зроблено через активне фізичне навантаження, розтягування, звук, тремтіння, глибоке дихання.

Приклади тілесного діалогу:

Клієнт лежить на матраці. Терапевт просить його відчути опору під тілом, звернути увагу на ноги.

– «Що ти зараз відчуваєш у ногах?»

– «Напруга в литках».

– «Якщо б ця напруга могла говорити, що б вона сказала?»

Це запрошення до діалогу з частинами тіла.

Клієнт стоїть і штовхає руками в подушку. Терапевт каже:

– «Дозволь собі сказати те, що не було сказано».

– «Випусти голос. Твоє тіло має право говорити».

Клієнт стукає ногами по підлозі – відчуває гнів, якого боявся. Через рух, звук і підтримку терапевта відбувається вивільнення і прийняття емоції.

Особливості ролі терапевта: він не домінує, а супроводжує процес; створює безпечний простір для тілесної експресії; допомагає інтегрувати тілесні переживання у свідомість (через проговорення, рефлексію); поважає межі клієнта, не тисне на нього.

Етичні принципи тілесного діалогу: тілесний контакт завжди узгоджується з клієнтом; не допускається жодного насильства або примусу; терапевт завжди знаходиться в усвідомленні і присутності, поважає тілесні реакції клієнта (навіть відмову від дотику чи руху).

Метод і техніки тілесно-орієнтованої терапії

Тілесно-орієнтована терапія – це не лише про дотик або фізичну активність. Це цілісна система методів, яка використовує тіло як провідник до глибинної трансформації особистості. Техніки в ТОП спрямовані на відновлення

зв'язку з тілом, вивільнення емоцій, зняття психофізичних блоків, перепроживання досвіду і формування нового тілесного сценарію.

Дихальні техніки

Дихання – основний канал впливу на тілесно-емоційний стан. Більшість тілесно-орієнтованих напрямів починають з регуляції дихання.

- **Глибоке діафрагмальне дихання** допомагає активізувати вивільнення емоцій.
- **Дихання з фокусом на певну частину тіла** (наприклад: «вдих у живіт», «видих у грудну клітку») активізує тілесне усвідомлення.
- **Циклічне дихання** (без пауз між вдихом і видихом) викликає трансформуючі тілесні реакції – тремтіння, сльози, зітхання.

Приклад техніки: «Роздихати страх». Клієнт спрямовує подовжений видих у зону напруження в грудях, де застрягла тривога.

Рухові практики

Рух – це шлях до мобілізації енергії, яка була витіснена.

- **Хаотичний рух** (руки, ноги, корпус) для вивільнення внутрішньої фрустрації.
- **Структуровані рухи з повторенням** (наприклад, штовхання руками, стискання м'яча) – для відновлення сили та контакту з межами.
- **Присутні рухи**: повільні, з фокусом на диханні та відчутті (метод Фельденкрайза, метод Розен).

Тіло «включається» в досвід, і клієнт усвідомлює: «Я можу сказати “ні” рухом»; «Я можу стояти твердо»; «Я більше не вивернутий, а зібраний».

Робота з тілесними імпульсами та блоками

Коли клієнт розповідає про ситуацію, терапевт звертає увагу: на **затримку дихання**; на **затиснення голосу**; на **затискання плечей, стискання кулаків**.

Терапевт може запитати: «Що хоче зробити твоє тіло зараз?»; «Чи можеш ти дозволити цій енергії вийти?»

І тоді починається тілесне пропрацювання: тремтіння; крик; сльози; удари по подушці; плач у позиції ембріона.

Робота з дотиком (тілесна інтервенція)

Дотик – це канал контакту, турботи, заспокоєння, заземлення. Проте дотик використовується лише тоді, коли клієнт готовий, і з повною згодою.

- **Підтримуючий дотик** – покласти руку на спину, плече.
- **Опірний дотик** – допомогти клієнтові відчувати силу, зібраність.
- **Розтирання зони блоків** – для вивільнення м'язової напруги.

Наприклад: клієнт розповідає про насильство. Його тіло стиснене. Терапевт дозволяє клієнту «спертись» тілом на його руки, щоб відчуті: опора є.

Робота зі звуком, голосом, криком

Голос – це розширення меж тіла у простір. Багато людей «замикають» свій голос, соромляться його, затискають у горлі.

- робота з криком (в подушку, у відкритий простір);
- вправи на гудіння, шепіт, завивання;
- «озвучування» болю, страху, гніву;
- голос як інструмент самовираження.

Вправи на заземлення і відновлення меж

Заземлення – це практика відчуття власного тіла в просторі, опори, стабільності, контакту з підлогою, вагою тіла.

- стояти босоніж, переносити вагу з ноги на ногу;
- бити ногами об підлогу з вигуками («Тут я!»);
- відчувати, як тіло «тягне донизу», як воно «живе в моменті».

Робота з межами – навчання говорити «стоп», «я не хочу», «я не можу». Через рух, тіло, голос.

Ці техніки поєднуються в індивідуальній або груповій роботі, і мета не просто «випустити емоції», а інтегрувати переживання, відновити зв'язок з тілом і побудувати новий досвід — досвід безпеки, сили, присутності.

Ідеї Вільгельма Райха – джерело тілесно-орієнтованої терапії

Вільгельм Райх (1897–1957) – австрійський психоаналітик, учень З. Фрейда, а згодом – радикальний реформатор, який заклав фундамент для всієї тілесно-орієнтованої психотерапії. Саме він уперше науково обґрунтував ідею, що психіка людини нерозривно пов'язана з тілом, і що емоційні блоки завжди проявляються у м'язах.

Основні ідеї Райха

Райх ввів поняття «м'язової броні» – це хронічні м'язові затиски, які утворюються як захисна реакція на непрожиті емоції: гнів, страх, сором, біль.

Наприклад: Коли дитині забороняють злитися – її тіло вчиться «стискати» злість, стискаючи кулаки, щелепи або груди. Коли соромно – шия і плечі «падають» униз, обличчя червоніє, дихання обмежується. Ці напруги залишаються у тілі десятиліттями і формують структуру характеру, емоційні реакції, навіть постуральні звички (наприклад, постійно «втягнутий» живіт).

Райх вважав, що людина – це енергетична істота, і її життєва сила (яку він називав «оргоном») повинна вільно текти по тілу. Там, де є блок – рух енергії припиняється, з'являється симптом, хвороба або емоційна загибель.

Згідно з Райхом, енергія повинна циркулювати — від дихання, через рух, до вивільнення у формі оргазму, сліз, крику, сміху або зітхання.

Райх розвинув фрейдівську ідею лібідо. Він вважав, що **здатність до задоволення, релаксації, любові, сексуальної насолоди** — індикатор психічного здоров'я. Придушення сексуальності веде до **відчуження від тіла**, розладів, напруги.

У роботі з клієнтом Райх: виявляв напружені зони тіла; стимулював їх диханням, дотиком, тиском, рухами; провокував емоційну розрядку — сльози, крик, тремтіння; допомагав клієнтові вивільнити утримувану енергію; сприяв формуванню нового тілесного шаблону — вільного, живого, присутнього.

Ідеї Райха стали основою для більшості тілесних шкіл ХХ століття, зокрема: біоенергетичного аналізу А. Лоуена; соматичного досвіду П. Левіна; бодинаміки Лісбет Марчер; розен-методу, танатотерапії, біодинаміки тощо.

Усі вони розвинули ідею, що тіло пам'ятає все, і що терапевтичний шлях — це повернення до контакту зі своїм живим, дихаючим тілом.

Підхід Олександра Лоуена до вирішення психологічних конфліктів

Олександр Лоуен (1910–2008) — американський психотерапевт, учень Вільгельма Райха, засновник напрямку біоенергетичного аналізу. Він розвинув і систематизував ідеї свого вчителя, створивши цілісну терапевтичну систему, яка поєднує аналіз характеру, тілесну роботу і емоційну експресію.

Концепція біоенергетики. Біоенергетика Лоуена виходить з того, що: емоції — це енергетичні процеси в тілі; будь-яка емоція має фізичний вияв (тепло, рух, напруга, тремтіння, постава); психологічний конфлікт проявляється як внутрішній розрив між бажанням і заборобою — і цей розрив завжди «осідає» в тілі у вигляді напруги, затиску, дисоціації.

Лоуен визначив, що захисти психіки мають тілесні відповідники, наприклад: **втягнутий живіт** — відмова від бажань, стид, прагнення зникнути; **завалені плечі** — сором, покора, занижена самооцінка; **стиснені щелепи** — агресія, що не виражається; **тверді стегна** — страх перед контролем, сексуальні блоки.

Лоуен описав кілька **основних типів характеру**, кожен з яких має: свою тілесну структуру; свої захисні механізми; свої ключові психологічні конфлікти.

Наприклад:

Тип характеру	Тілесні ознаки	Конфлікт
Оральний	Затиснуті груди, слабка шия	Страх покинутості, залежність

Тип характеру	Тілесні ознаки	Конфлікт
Психопатичний	Надуті груди, «пряма спина»	Контроль, уникнення вразливості
Мазохістичний	Стиснений живіт, важка хода	Пригнічення, сором, страх покарання
Ригідний	Тверді ноги, зібраний торс	Страх втрати контролю, сексуальність

Цілі біоенергетичної терапії: Розпізнати тілесні шаблони конфлікту; Вивільнити енергію, яка «заморожена» у тілі; Дати можливість відчувати і виразити витіснені емоції (злість, страх, плач, крик); Відновити контакт між тілом і емоціями; Допомогти людині відчувати себе живою, здатною діяти, любити, хотіти.

Основні принципи Лоуена:

1. Без руху – немає змін. Психіка не трансформується лише словами. Тіло має рухатися, вивільняти затримані емоції.
2. Емоції – в тілі. Плач – через гортань, злість – у руках, тривога – в грудях, сором — у шиї.
3. Характер – це не лише особистість, а й структура тіла.

Приклади тілесної роботи у Лоуена

- Тремтіння стоячи: клієнт стоїть, ноги напружені, руки підняті – тіло входить у стан вібрації → вивільняється застрягла енергія;
- Крик у подушку: дозволяє вивести гнів, який роками пригнічувався;
- «Лук» — прогин спини з диханням: відкриває груди, дозволяє плакати, дихати, відчувати.
- Ці вправи запускають процеси емоційної катарсису і тілесної інтеграції.

Техніки біоенергетичного аналізу

Біоенергетичний аналіз — це метод тілесної терапії, розроблений Олександром Лоуеном, який поєднує роботу з тілом, емоціями, характером і енергетичним тонусом людини. Техніки цього підходу спрямовані на відновлення вільної циркуляції енергії в тілі, зняття м'язової броні, вивільнення емоцій і відновлення автентичного самовираження.

Загальні принципи технік біоенергетики:

1. **Тіло – інструмент терапії.** Через рух, пози, тремтіння, голос, дихання запускаються глибинні емоційні реакції.
2. **Безпека і контроль.** Техніки виконуються тільки у стані психологічної готовності, під керівництвом фахівця.
3. **Регулярна практика.** Біоенергетика вимагає повторюваності: як тілесна гімнастика – для «розморожування» психіки.
4. **Інтеграція.** Після кожної вправи важлива рефлексія – що змінилося в тілі, емоціях, мисленні.

Основні техніки біоенергетичного аналізу

Техніка “Лук” (поза напруги). **Мета:** активізувати енергію в передній частині тіла, розблокувати грудну клітку, живіт, стегна.

Як виконується: клієнт стоїть, ноги трохи ширше плечей, руки витягнуті вгору й назад; таз виштовхується вперед, спина прогинається, дихання глибоке; тіло входить у стан напруги → після 30–60 секунд – вивільнення.

Ефект: з’являється тремтіння, вібрація, сльози або сміх – це вивільнення енергії і емоцій, що були «затиснуті» в м’язах.

Стрибки з вільною тряскою

Мета: відновити «земляну» енергію, вивести людину з голови в тіло, пробудити спонтанність.

Як виконується: легкі стрибки на місці з м’яким приземленням; руки вільні, плечі розслаблені, обличчя відкрите; після 1–2 хвилин з’являється вібрація в ногах → це ознака **живості тіла**.

Ефект: тіло «прокидається», піднімається енергія, часто виникають емоції: радість, гнів, плач.

Робота з голосом: крик, стогін, звук

Мета: відкрити горло, зону вираження, вивільнити стримувані слова, плач, гнів. Приклади: кричати в подушку; голосно зітхати або вигукувати на видиху («Ааа», «Нііі!»); озвучити емоцію («Я злюсь!», «Мені боляче!»).

Ефект: глибоке очищення психіки, психоемоційне розвантаження, посилення самовираження.

Робота з ногами (удари, тупання)

Мета: заземлення, зняття гніву, страху, відновлення меж.

Як виконується: клієнт стоїть, руками тримається за опору, ногами б’є об м’яку поверхню (наприклад, мішок, подушку); одночасно вигукує (на вибір: «стоп», «ні», «не хочу»).

Ефект: емоції виходять через тіло, з'являється відчуття сили, меж, автономії.

Техніка “Злиття з землею” (заземлення)

Мета: відновити внутрішню стабільність, зменшити тривогу.

Як виконується: клієнт стоїть або лежить, зосереджується на ногах, підлозі, гравітації; дихання повільне, видих через ноги; терапевт може попросити уявити коріння, що йде з підшов у землю.

Ефект: заспокоєння, зниження розгубленості, повернення в «тут і тепер».

Контакт через дотик (з дозволу клієнта). Терапевт підтримує тіло клієнта (плечі, спина, живіт); або клієнт сам тримає себе руками (обіймає, торкається до грудей); дотик служить якорем і опорою, стимулює усвідомлення.

Ці техніки використовуються індивідуально або в груповій терапії, з обов'язковим етичним супроводом, турботою і рефлексією.

М. Фельденкрайз, Іда Ролф, Герда Бойесен, Франц Александер, Меріон Розен: методи тілесної роботи

У тілесно-орієнтованій терапії сформувалась широка палітра підходів, що збагачують практику фахівців. Кожен із наведених нижче методів має унікальну філософію, набір технік і сфери застосування, але всі вони спрямовані на відновлення цілісності між тілом, психікою і свідомістю.

Метод Фельденкрайза (Моше Фельденкрайз)

Мета: навчити людину рухатись свідомо, легко і ефективно, відновити природну свободу тіла через увагу і спостереження.

Основні принципи:

- Людина може змінити себе, якщо змінить спосіб руху.
- Більшість м'язових напруг виникає не через фізіологію, а через некорисні шаблони руху.
- **Увага до руху → зміна руху → зміна стану свідомості.**

Як працює: вправи виконуються повільно, без зусиль, у положенні лежачи або сидячи. Клієнт вчиться «слухати» своє тіло через рухи — ніби «розмовляє» з ним. З часом напруга зменшується, зростає усвідомлення себе в просторі, зменшуються психосоматичні симптоми.

Рольфінг (Іда Ролф)

Мета: перебудова структурного балансу тіла через мануальну роботу з фасціями (сполучна тканина, що підтримує м'язи, органи, кістки).

Основні ідеї. Напруженість у тілі – результат спотворення просторових відносин між його частинами. Через глибоку мануальну стимуляцію тканин можна відновити вертикальність, опору, гнучкість.

Процес:

- 10–12 сесій структурної інтеграції.
- Терапевт працює з тілом руками – розтягує, зміщує фасції, допомагає тілу «перебудуватись».
- Людина починає рухатись легше, дихати вільніше, відчувати себе зібраною і стійкою.

Біодинаміка Герди Бойесен

Мета: зцілення через відновлення психічної та тілесної саморегуляції, особливо в роботі з глибокими емоційними травмами.

Ключові поняття:

- У тілі є так званий «психоперистальтичний ритм» — звуки в кишечнику, які відображають психоемоційний стан.
- Напруга = незавершене емоційне переживання → терапія має допомогти тілу завершити процес.

Методи: м'який дотик, масаж, мікрорухи; слухання живота через стетоскоп (оцінка ритму); робота з «емоційним потоком» (flow), який блокується в травмі. Цей підхід надзвичайно дбайливий і ефективний у роботі з людьми з високим рівнем тривожності, ПТСР, дисоціацією.

Психосоматична медицина Франца Александера

Мета: розуміння того, як психологічні конфлікти проявляються в соматичних симптомах (болі, астма, виразка, серцеві хвороби тощо).

Концепція:

- Психосоматичні хвороби – не випадкові. Це сигнал психіки, що не може бути висловлений інакше, ніж через тіло.
- Кожен орган може відповідати певному конфлікту: шлунок – гнів, який не можна виразити; серце – відчуття непереносної напруги; шия – страх перед «зовнішнім тиском».

Александер одним із перших увів у науку поняття «специфічний емоційний конфлікт» як джерело захворювання.

Розен-метод (Меріон Розен)

Мета: через м'який дотик і вербальну підтримку допомогти людині побачити себе справжньою, звільнитися від хронічної напруги, почати відчувати себе живою.

Основи методу:

- Напруга – це завжди непрожите емоційне послання;

- Дотик не коригує, а слухає тіло;
- Терапевт «бути присутнім» – головна терапевтична дія.

Дуже ефективний у роботі з сорому, тілесною відчуженістю, пригніченістю.

Ці підходи підходять не лише для психотерапії в її класичному вигляді, а й для реабілітаційної роботи, допомоги людям з травматичним досвідом, відновлення тілесної ідентичності.

Танатотерапія, крикотерапія, музикотерапія як форми тілесно-емоційної роботи

Танатотерапія – це тілесно-психотерапевтичний напрям, заснований Володимиром Баскаковим. Назва походить від грецького слова «*танатос*» — смерть, але суть методу полягає не у зосередженні на смерті, а у **відновленні внутрішнього спокою через глибоку тілесну релаксацію**, подібну до стану повного зупинення напруги — як у сні, забутті чи «смерті» стресу.

Цілі танатотерапії: зниження гіпертонусу м'язів, що пов'язаний з тривалим психоемоційним напруженням; розслаблення тіла до стану «м'якої пластичності»; глибоке заземлення і відновлення контакту з тілом; прийняття життя і смерті як двох нерозривних частин буття; робота з втратами, страхами, кризами і духовною порожнечою.

Як виглядає сесія: клієнт лежить на м'якій поверхні; терапевт працює з тілом дуже повільно, м'яко, неагресивно; дотик – слухаючий, неформуючий; клієнт не стимулюється до активності, навпаки – запрошується у глибоку пасивність; ключове – пережити тілом «зупинку» без страху, довіритися простору і своєму існуванню. Це потужна техніка для людей з вигоранням, хронічним стресом, втратою сенсу, після втрати близьких.

Крикотерапія

Крикотерапія – це метод вираження пригнічених емоцій, особливо гніву, болю, безсилля, сорому, через сильний голосовий вивільнений акт.

Суть методу. Крик – це інстинктивна форма самозахисту, реакція на біль або загрозу, яку часто придушують у соціально прийнятному середовищі. Невиражений крик накопичується в тілі як тривога, депресія, напруга в щелепах, горлі, грудях. Дозвіл на крик у безпечному просторі дає розрядку психіці, тілу і нервовій системі.

Техніки: крик у подушку; крик у спеціальному звукоізовьованому просторі; ритмічний крик із рухом; поєднання з ударними вправами (по мішку, подушці).

Це не просто «випустити емоцію», а визнати її право на існування, дозволити собі силу і прояв.

Музикотерапія

Музикотерапія – це напрям психотерапії, в якому музика використовується як канал впливу на психіку та тіло. Вона може бути як активною (грати, співати, імпровізувати), так і пасивною (слухати, розслаблятися, занурюватися у музику).

Мета музикотерапії: вивільнення пригнічених емоцій; стабілізація нервової системи; розкриття тілесної чутливості; робота з травмою, фобіями, психосоматикою.

Форми:

1. **індивідуальна імпровізація:** клієнт грає на простих інструментах, «проговорюючи» емоцію;
2. **групово музикотерапія:** ритм, спів, музична взаємодія;
3. **тілесно-музична робота:** поєднання звуку і руху, наприклад, танець на барабанному ритмі або розслаблення під класичну музику.

Отже, тілесно-орієнтована терапія – це не просто набір технік, а новий спосіб бачення людини, де психіка і тіло розглядаються як єдине поле переживання. Через тіло ми можемо:

- дістатися до найглибших шарів несвідомого,
- вивільнити те, що було роками витіснене,
- навчитися бути присутніми, чутливими, сильними.

Тіло не бреше. Воно пам'ятає все. І через нього починається справжнє зцілення.

ТЕМА 12. НОВІ ПІДХОДИ У ПСИХОТЕРАПІЇ

План:

1. Постмодерністські ідеї в психотерапії.
2. Емпіричні підходи в сучасній психотерапії.
3. Нейролінгвістичне програмування.
4. Критичний аналіз трансперсональної психотерапії С. Грофа.
5. Холотропне дихання. Аверсивна терапія О. Довженко.

Текст лекції:

У сучасній психотерапії спостерігається активне оновлення підходів, що відповідають викликам постмодерного суспільства. Психотерапія дедалі більше інтегрує наукові відкриття, міждисциплінарні знання, культурну варіативність та духовні пошуки, утворюючи спектр нових, нетрадиційних і емпірично підкріплених методів.

Постмодерністські ідеї в психотерапії

Постмодернізм – це філософсько-культурний рух, що виник у другій половині XX століття як критика раціоналізму, лінійності, єдиної істини та наукового редукціонізму, які панували в модерному світі. У філософії це виражалось у таких постатях, як Жан-Франсуа Ліотар, Мішель Фуко, Жак Дерріда, а в психотерапії – у формуванні нових напрямів, де людина розглядається не як система діагнозів, а як носій індивідуальної мови, смислів, наративів.

Основні постулати постмодерної психотерапії:

1. Відмова від об'єктивізму

Постмодерн вважає, що не існує об'єктивної реальності, яку можна "відкрити", як у класичній науці. Все, що ми сприймаємо, – це інтерпретація, яка залежить від культури, мови, досвіду, очікувань.

У терапії це означає, що жодна діагностика не є остаточною, і жоден «експерт» не знає більше про життя клієнта, ніж сам клієнт.

2. Проблема як конструкція

Постмодерна терапія розглядає проблему як історію, яку людина розповідає про себе. Це не абсолютна істина, а один із можливих наративів, сформований під впливом: родини; соціуму; травм; культурних сценаріїв.

Мета терапії – не “лікувати симптом”, а дати людині можливість розповісти іншу історію про себе, де вона — не жертва, а автор.

3. Мова творить реальність

Мова у постмодерністській психотерапії – не просто засіб передачі інформації, а активна сила, яка формує досвід і сенс.

Наприклад: якщо людина роками повторює «я безпомічна» – ця фраза перетворюється на реальність її життя. Тому терапія працює з мовою, описом, значенням, а не з діагностичними ярликами.

4. Відсутність ієрархії

Постмодерністська терапія демократична. Вона не ставить терапевта вище клієнта, а створює простір взаємного діалогу, де кожен голос має значення. Терапевт не дає оцінок, не "виправляє", не нав'язує істину. Він слухає, цікавиться, ставить питання, дозволяє клієнту переосмислити власну розповідь.

5. Децентрація Я

У постмодерній традиції особистість – не центр, не сталість, а мережа взаємодій, ролей, голосів. Людина може одночасно бути: донькою, керівницею, дитиною в середині, активісткою, вразливою і сильною. **Задача терапії** – не «виправити особистість», а дати простір для діалогу між її частинами, різними версіями себе.

Наративна терапія як приклад постмодерного підходу

Майкл Вайт і Девід Епстон – автори наративної терапії – вважали, що проблема не живе всередині людини. Проблема живе між нею та її історією про себе.

Основні поняття наративної терапії:

- **Зовнішнє позиціонування проблеми:** замість «я тривожна» → «між мною та тривогою є певна взаємодія».
- **Деконструкція дискурсу:** хто навчив мене думати, що я повинна бути ідеальною? Хто сказав, що бути слабкою – погано?
- **Переказування історії:** терапевт допомагає побачити інші сюжети життя, не знецінені проблемою.
- **Пошук «винятків»:** моменти, коли клієнт діяв інакше – це «насіння альтернативного сюжету».

Роль терапевта у постмодерній практиці: задає відкриті запитання, які не передбачають правильної відповіді; підтримує багатоголосся – навіть суперечливих частин Я; допомагає досліджувати сенси, а не виправляти «неправильне»; не боїться невизначеності, працює з парадоксами.

Емпіричні підходи в сучасній психотерапії

У ХХІ столітті психотерапія дедалі більше орієнтується на наукову доказовість, ефективність та емпіричну перевірюваність результатів. Це призвело до формування підходів, які не лише ґрунтуються на теоретичних гіпотезах, а й проходять систематичне наукове дослідження, публікуються в

міжнародних фахових журналах, стандартизуються у міжнародних діагностичних і терапевтичних протоколах.

Що таке емпірично обґрунтована психотерапія?

Це підхід, який: має клінічно доведену ефективність (з використанням рандомізованих контрольованих досліджень); ґрунтується на психологічній теорії, підтвердженій експериментально; враховує індивідуальні характеристики клієнта; має вимірювані результати (зниження симптомів, покращення функціонування тощо).

Наприклад, когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ), діалектико-поведінкова терапія (ДПТ), майндфулнес-терапія – усі ці напрями входять до переліку evidence-based практик.

Критерії ефективної емпіричної психотерапії (за Американською психологічною асоціацією):

1. **Доказова база:** наявність декількох незалежних досліджень з позитивними результатами.
2. **Контроль за змінними:** виключення впливу неосновних чинників (ефект плацебо, особистість терапевта тощо).
3. **Відтворюваність:** результати мають повторюватися в інших групах, культурах, з іншими фахівцями.
4. **Розроблені протоколи:** стандарти терапії описані чітко, покроково.
5. **Зв'язок між механізмами впливу і результатами:** не лише “що працює?”, а й “чому саме це працює?”.

Приклади емпірично обґрунтованих підходів:

1. Когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ)

- Доведена ефективність при депресіях, тривожних розладах, ОКР, ПТСР.
- Вивчає автоматичні думки, когнітивні викривлення, змінює поведінкові патерни.
- Протоколи КБТ визнані ВООЗ і АРА як “золотий стандарт”.

2. Діалектико-поведінкова терапія (ДПТ, М. Лайнеган)

- Розроблена для осіб з прикордонним розладом особистості, схильністю до самопошкоджень.
- Поеднує прийняття і зміну (діалектика).
- Містить техніки майндфулнесу, саморегуляції, міжособистісної ефективності.

АСТ (Acceptance and Commitment Therapy)

- Навчає приймати складні емоції, а не уникати їх.
- Орієнтована на життєві цінності і дію згідно з ними, попри дистрес.
- Широко застосовується при тривожних, афективних розладах, хронічному болю.

4. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

- Ефективна при ПТСР, травматичних переживаннях.
- Включає рухи очима, що стимулюють міжпівкульну інтеграцію під час переробки травматичної пам'яті.
- Показує високі результати в короткий термін.

5. Майндфулнес-підходи

- Базуються на тренуванні усвідомленості, прийняття теперішнього моменту без оцінок.
- Використовуються в MBSR (програма зниження стресу), MBCT (когнітивна терапія), АСТ.
- Підтверджено зниження рівня тривоги, рецидивів депресії, покращення соматичного здоров'я.

Переваги емпіричних підходів: орієнтація на результат, що можна виміряти; етичність — мінімізація суб'єктивізму з боку терапевта; прозорість та структурованість; висока адаптивність до систем охорони здоров'я (психотерапія як частина медичної допомоги); можливість порівняння та оцінювання ефективності різних методів.

Обмеження і критика: Можливе звуження складної особистості до «змірюваних» змін. Не завжди враховуються духовні, символічні аспекти досвіду. Частина підходів менш ефективна при глибоких травмах, особистісних розладах, екзистенційних кризах.

Отже, емпіричні підходи в психотерапії є науково підтвердженою відповіддю на запит сучасного суспільства на ефективну, безпечну і структуровану психологічну допомогу. Вони поєднують науковий метод, технологічну точність і практичну орієнтованість.

Нейролінгвістичне програмування (НЛП): структура, ідеї, критика

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) – це напрям психотехнологій, створений у 1970-х роках **Річардом Бендлером** і **Джоном Гріндером**, які намагалися вивчити й узагальнити моделі успішної комунікації та впливу. НЛП поєднало в собі елементи лінгвістики, гіпнозу, психології поведінки, когнітивної науки, але при цьому не є академічно визнаною науковою школою.

Ключові ідеї НЛП

1. Кожна людина має власну «карту реальності»

- Люди не реагують на саму реальність, а на її внутрішні репрезентації (образи, звуки, відчуття).
- НЛП прагне змінити карту, а не світ – бо карта визначає поведінку.

2. Мозок – система програмування

- Досвід зберігається у мозку як послідовність уявлень, слів, тілесних реакцій.
- Якщо змінити «програму» (наприклад, змінити внутрішній голос, уявний образ), зміниться і емоційна реакція.

3. Комунікація – ключ до впливу

- Розуміння мовних моделей, невербальних сигналів, патернів поведінки дозволяє краще взаємодіяти з людьми.
- Терапевт або коуч може використовувати ці моделі для створення довіри та ведення клієнта до змін.

4. Суб'єктивний досвід можна «переписати»

- НЛП пропонує техніки реконструкції минулого досвіду, щоб змінити його вплив:
- «швидка фобія» – перепроживання травматичної сцени у віддаленому форматі;
- «якір» – створення позитивного емоційного стану через стимул;
- «свайш» – зміна одного образу на інший для модифікації поведінки.

Структура НЛП: три рівні

1. Нейро-: усе пізнання починається з сенсорного сприйняття (візуального, аудіального, кінестетичного).
2. Лінгвістичне: мова як основа мислення і зміни досвіду.
3. Програмування: поведінка формується за вивченими патернами, які можна змінити.

Приклади застосування:

- Особистісне зростання: підвищення впевненості, постановка цілей.
- Бізнес і продажі: ефективна комунікація, переконання.

- Освіта: поліпшення навчальних стратегій.
- Психотерапія: робота з фобіями, обмежувачими переконаннями, мотивацією.

Популярні техніки НЛП

- **Якір:** створення асоціації між станом і зовнішнім стимулом.
- **Репрезентативні системи:** візуал (V), аудіал (A), кінестетик (K) — підбір мовлення та дій під тип сприйняття людини.
- **Модель Milton** (на основі гіпнозу Мілтона Еріксона): використання **нечіткої мови**, що дозволяє клієнтові самотійно знайти сенс.
- **Метапрограми:** пізнавальні фільтри, що визначають стиль поведінки (наприклад, «від» чи «до» мотивації).
- **Шлях зміни субмодальностей:** перетворення внутрішніх образів (розмір, колір, гучність) — для зміни емоційної реакції.

Критика НЛП

Попри широку популярність, НЛП піддається суттєвій критиці з боку академічної психології:

1. Відсутність емпіричної бази. Більшість тверджень НЛП не підтверджено незалежними науковими дослідженнями. Результати тестувань методик НЛП — суперечливі або відсутні.

2. Комерціалізація. Часто НЛП викладається некваліфіковано, без академічної етики. Існує безліч тренерів без психологічної освіти.

3. Спрощення складних психічних процесів. Емоції, травми, ідентичність редукуються до «технік зміни образу чи голосу».

Сучасне ставлення до НЛП. У психотерапевтичному середовищі НЛП рідко визнається як терапевтична школа. У коучингу, бізнесі, освіті деякі техніки НЛП використовуються як інструменти впливу або мотивації. Частина ідей була інтегрована у нейропсихологічні програми, тренінги емоційного інтелекту, проте без прив'язки до повної моделі НЛП.

Отже, НЛП — це контroversійний напрям, який вніс значний вклад у розвиток ідеї мовного впливу на досвід, однак не є частиною академічної психотерапії, і потребує критичного ставлення та ретельного використання.

Критичний аналіз трансперсональної психотерапії С. Грофа та метод холотропного дихання

Станіслав Гроф — американський (чеського походження) психіатр і дослідник змінених станів свідомості. Один із засновників трансперсональної

психології – напряду, який досліджує вихід за межі особистісного “Я”, інтегруючи досвід містицизму, релігії, духовності, психоделічного переживання у психотерапевтичну практику.

Гроф розглядав людину як багатовимірну істоту, здатну переживати не лише емоції та думки, а й архетипові, кармічні, космічні, до- і перинатальні досвіди, що також впливають на її психічне здоров'я.

Основні положення трансперсональної психотерапії

- Свідомість ширша за межі особистості: вона включає колективне, історичне, космічне.
- Глибинна травма може зберігатися не лише в індивідуальній біографії, а й у “глибинних шарах свідомості”.
- Переживання змінених станів (через дихання, медитацію, звуки, танець) може мати терапевтичний ефект — звільнення, катарсис, інтеграція досвіду.
- Усі люди мають трансперсональний потенціал: здатність переживати єдність з іншими, природою, Всесвітом.

Теорія перинатальних матриць

Одна з найбільш оригінальних і спірних частин теорії Грофа – концепція чотирьох перинатальних матриць свідомості (ПМС). Вони описують емоційно-соматичні відбитки, пов'язані з досвідом народження:

1. **ПМС-I: Космічна єдність** – стан до початку пологів, тотального блаженства.
2. **ПМС-II: Кошмар безвиході** – початок переймів, тиск, безсилля.
3. **ПМС-III: Боротьба за життя** – активна фаза пологів, біль, агресія, тривога.
4. **ПМС-IV: Народження / звільнення** – вихід, світло, полегшення, оновлення.

На думку Грофа, ці матриці зберігаються в несвідомому і впливають на життєві сценарії, психосоматику, страхи.

Холотропне дихання – техніка доступу до трансперсонального досвіду.

Холотропне дихання (від грец. *holos* – цілий, *trepein* – рухатись до) – це авторська методика Грофа, яка дозволяє індукувати змінені стани свідомості без психоделіків, через: інтенсивне ритмічне дихання; спеціально підібрану музику (від етнічної до класичної); тілесну роботу (bodywork — дотики, які полегшують вивільнення блоків); малювання мандал, ведення щоденників після сесій.

Цілі холотропної практики: активувати несвідоме; вивільнити непрожиті емоції; відкрити доступ до глибинного досвіду (у тому числі до «переживання себе поза тілом»); створити цілісне психо-духовне зцілення.

Типові переживання в холотропному диханні: емоційні (плач, крик, сміх, страх, лють); соматичні (спазми, тремтіння, біль, тепло, легкість); візуальні (спогади, образи, символи, кольори); трансперсональні (ідентифікація з архетипами, “іншими життями”, “вселенською свідомістю”).

Критичний аналіз трансперсонального підходу і холотропного дихання

Переваги: відкриття нових вимірів досвіду, з якими не працюють класичні школи; активація тілесного і емоційного рівнів без словесної інтерпретації; можливість трансцендентного переживання, екзистенційного прозріння; висока ефективність при глибоких емоційних блоках, травмах, пошуку сенсу.

Недоліки і ризики: відсутність чіткої емпіричної перевірки ефективності; потенційно небезпечна практика для осіб із психозами, ПТСР, нестабільною психікою; сильні переживання можуть дезорганізувати, якщо не інтегровані у безпечному середовищі; змішаність містичних, релігійних і психологічних інтерпретацій може вести до плутанини.

Наукове ставлення. Трансперсональна психотерапія має маргінальний статус у клінічній психології. Використовується в гуманістичних та альтернативних практиках, особливо в контексті: духовного зростання, роботи з онкохворими, криз середини життя.

Отже, метод С. Грофа – це інноваційна спроба інтегрувати глибокий духовний досвід у психотерапію. Проте його використання потребує високої етичності, клінічної обережності та глибокої підготовки фахівця.

Аверсивна терапія О. Довженка: історія, метод, застосування, етичні суперечності

Олександр Романович Довженко (1918–1995) – український психіатр, який у 1970-х роках розробив авторський метод лікування алкоголізму, відомий під назвою «метод Довженка». Хоча метод не має прямого стосунку до «класичної» психотерапії, він представляє своєрідний варіант аверсивної терапії, яка базується на формуванні негативної реакції на предмет залежності – через емоційно-сугестивний вплив.

Аверсивна терапія (від лат. *aversio* – відраз) – це напрям у психотерапії, який передбачає створення стійкої негативної емоційної реакції на патологічну поведінку (наприклад, вживання алкоголю, наркотиків, агресивність).

Ключові цілі: сформувати асоціацію між алкоголем і стражданням; викликати фізичну або психічну відразу до алкоголю; підсилити мотивацію до утримання від вживання.

Метод Довженка: структура і особливості

Основні етапи:

1. **Попередня підготовка:** медичне обстеження, бесіди; психотерапевтичне інтерв'ю, виявлення мотивації до лікування; ритуал згоди: клієнт добровільно погоджується на «кодування».
2. **Сеанс сугестивного навіювання:** створення емоційно напруженої атмосфери; введення клієнта в легкий транс (не гіпноз у класичному розумінні); словесне навіювання і створення установки на «несприйняття алкоголю»; використання образів, гіпербол, впливу на страх смерті, хвороби, втрати.
3. **Кодування:** словесне закріплення установки на визначений строк (1, 3, 5 років). Клієнту дається вербальна «заборона» на вживання алкоголю. Інколи – формулювання загрози (мовляв, «при порушенні – можливі важкі наслідки»).

Ефекти та очікувані результати

- Формування стримувального внутрішнього механізму;
- Зменшення потягу до алкоголю (за рахунок страху, а не усвідомлення);
- Іноді – психосоматичні реакції при спробі вживання алкоголю (нудота, паніка, тиск);
- Посилення контролю над поведінкою через образ «забороненого».

Переваги методу (за даними прихильників): висока ефективність на початкових етапах (особливо для мотиваційно готових клієнтів); простота впровадження; короткий терапевтичний цикл; можливість застосування у масовій наркологічній практиці; поєднання медикаментозної і психотерапевтичної підтримки.

Критика та етичні питання

1. **Примусове використання.** У пострадянських країнах метод часто застосовувався без повної інформованої згоди, що суперечить сучасним етичним стандартам.

2. Маніпуляція страхом. Метод ґрунтується на використанні страху, сорому, почуття провини, що може створити додаткову психологічну травму.

3. Невизнання внутрішньої мотивації. Клієнт не опрацьовує власні причини залежності, не отримує нових навичок, не формується реальна психоемоційна зрілість.

4. Відсутність доказової бази. Метод не пройшов клінічних випробувань за сучасними стандартами. Немає незалежних рандомізованих досліджень щодо його ефективності.

Сучасне ставлення до методу. У деяких регіонах метод і досі практикується, але у суто «формальному» ключі. У системах доказової медицини і психотерапії метод розглядається як морально застарілий. Часто критикується за репресивний, авторитарний стиль, неетичність, відсутність глибини.

Отже, метод Довженка – це яскравий приклад аверсивного підходу, який має певну історичну значущість, але не відповідає сучасним уявленням про етику, гуманність і глибину психотерапії. Його головна цінність — у розумінні того, як терапія може працювати не лише через підтримку, а й через вплив, що викликає страх, і чому важливо шукати більш гуманні та усвідомлені методи допомоги.

ТЕМА 13. ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

План:

1. Основні поняття і принципи дитячої психотерапії.
2. Теорія об'єктних відносин М. Кляйн і її розвиток.
3. Школа Его-психології А. Фрейд.
4. Гештальт-терапія з дітьми.
5. Символдрама: кататимно-імагінативна психотерапія дітей.
6. Ігрова терапія. Пісочна терапія.

Текст лекції

Основні поняття і принципи дитячої психотерапії

Дитяча психотерапія — це система психологічного впливу, спрямована на підтримку, корекцію та розвиток психоемоційного стану дитини за допомогою спеціальних методів і технік. Вона має справу з дітьми від народження до підліткового віку, ураховуючи особливості розвитку, мислення, мовлення, емоційності й уяви.

Ключові поняття:

- **Дитина як цілісна система:** психотерапія враховує не лише симптом, а й родинне середовище, етап розвитку, тілесні прояви.
- **Емоційне реагування, а не раціональне усвідомлення:** діти не можуть вербалізувати проблеми, як дорослі, тому робота йде через гру, метафору, символ.
- **Контакт і довіра** – перш за все: ефективність психотерапії залежить від створення теплого, безпечного середовища, де дитина може розкритися.

Принципи дитячої психотерапії:

1. **Принцип розвитку:** робота враховує етапи емоційного, когнітивного та соціального розвитку дитини.
2. **Принцип активної участі:** дитина – не пасивний «об'єкт втручання», а учасник процесу, її реакції мають терапевтичну цінність.
3. **Принцип символізації:** психіка дитини працює через образи – тому гра, малювання, фантазії є головними інструментами.
4. **Принцип трикутника (дитина – батьки – терапевт):** робота із сім'єю є невід'ємною частиною дитячої терапії. Батьки — це середовище, у якому формується і фіксується симптом.
5. **Принцип безумовного прийняття:** терапевт має виступати фігурою емоційної підтримки, не оцінюючи поведінку дитини як «погану» або «неправильну».

Завдання дитячої психотерапії:

- зняти емоційну напругу, страхи, тривожність;
- підтримати в періоди змін (розлучення, переїзд, втрата близького);
- допомогти у формуванні самооцінки, довіри до світу;
- сприяти розвитку комунікативних навичок;
- допомогти дитині виразити те, що вона не може сказати словами.

Теорія об'єктних відносин Мелані Кляйн і її розвиток у дитячій психотерапії

Мелані Кляйн (1882–1960) – видатна психоаналітикиня, яка стала першою, хто систематично працював із дітьми в контексті психоаналітичної практики. Її концепція об'єктних відносин дала початок цілому напрямку в психотерапії, який досліджує як дитина вибудовує внутрішній світ через відносини з "об'єктами" – насамперед, із матір'ю.

Основні положення теорії об'єктних відносин:

Об'єкти – це не предмети, а внутрішні фігури

У психоаналізі Кляйн «об'єкти» – це емоційно значущі інші люди, образи яких формуються в психіці дитини (реальні або уявні).

Наприклад: у психіці дитини може існувати «добра мама», яка годує і втішає, і «погана мама», яка відмовляє і лякає. Це — об'єкти.

Ранній психічний розвиток дитини – це етапи інтеграції цих об'єктів

Кляйн описала дві головні позиції (психологічні стадії), які проходить дитина:

- **Параноїдна/шизоїдна позиція** (до 6 міс.):
 - світ дитини – поляризований (або все хороше, або все погане);
 - об'єкти (груди, мама) – або ідеалізуються, або демонізуються;
 - виникає страх переслідування, агресія.
- **Депресивна позиція** (6–12 міс.):
 - дитина усвідомлює, що «добра і погана мама» – це одна і та сама людина;
 - виникає почуття провини, суму, жалю за агресію;
 - формується потреба відновити зруйнований об'єкт, почуття емпатії, початки совісті.

Фантазії та символічна гра – це відображення внутрішнього світу

Кляйн вважала, що через гру дитина виражає внутрішні конфлікти, бажання, страхи, захисти. Гра – це не розвага, а мова несвідомого.

Наприклад, дитина, яка ламає іграшки, може демонструвати не деструктивність, а несвідому агресію і провину, пов'язані з об'єктами любові.

Техніка психотерапії дітей за Кляйн. Терапевт не просто грає з дитиною, а аналізує зміст гри, малюнків, фантазій. Через гру виявляються внутрішні об'єкти, страхи, механізми захисту. Основна мета – допомогти дитині інтегрувати полярності, впоратись із тривогою, сформувати здатність до любові і турботи.

Внесок Кляйн у дитячу психотерапію:

- Дитина має повноцінне несвідоме життя.
- Несвідомі конфлікти в дітей такі ж глибокі, як і в дорослих.
- Гра – головний засіб психоаналітичної роботи з дитиною.
- Вперше у психотерапії: дитина сприймається не об'єктом впливу, а носієм внутрішнього світу, гідного глибокого дослідження.

Школа Его-психології Анни Фрейд у дитячій психотерапії

Анна Фрейд (1895–1982) – дочка Зігмунда Фрейда, одна з найвпливовіших фігур у сфері дитячого психоаналізу та засновниця его-психології. Вона не лише продовжила ідеї батька, а й розвинула власну школу, зосереджену на адаптаційних механізмах Его, тобто здатності особистості справлятися зі стресом, внутрішніми конфліктами і реальністю.

Основні положення Его-психології Анни Фрейд:

1. Его – активний учасник психічного життя

На відміну від класичного психоаналізу, який акцентував на Ід (несвідомих потягах), Его-психологія розглядає Его як сильну, адаптивну частину особистості, здатну до: самоконтролю, прийняття рішень, подолання конфліктів, реалістичного мислення.

2. Дитяча психіка має вікові межі розуміння

Анна Фрейд вказала на те, що діти не можуть проходити аналітичну терапію як дорослі, бо: у них немає достатньої інтеріоризації об'єктів; Его ще в стадії становлення; дитина не здатна до повної інсайту або вербалізації внутрішніх процесів.

3. Терапевт повинен стати «допоміжним Его»

Це ключове поняття А. Фрейд. Терапевт допомагає дитині: впоратись із тривогою; зрозуміти і регулювати емоції; відновити почуття контролю над собою і навколишнім середовищем.

Наприклад: якщо дитина боїться темряви, терапевт не «лікує страх», а допомагає знайти адаптивні способи реагування.

4. Вікові кризи і психоаналітична педагогіка

Анна Фрейд наголошувала на важливості розуміння психології розвитку:

- криза трьох років (самостійність і протест),
- шкільна тривога,
- підліткова ідентичність.

Її підхід поєднував психоаналіз, педагогіку та реабілітацію, особливо для дітей із девіантною поведінкою, травмованих війною, сиріт.

Психотерапевтична робота за Анною Фрейд. Використання структурованої гри, як інструменту спостереження і аналізу. Пояснення дітям їхніх емоцій і поведінки через мову, близьку до віку. Активна участь у формуванні навичок саморегуляції, контролю імпульсів, внутрішньої стабільності.

Внесок Анни Фрейд. Підкреслення важливості Его як сили адаптації. Розробка методів психотерапії для дітей різного віку. Заснування центрів допомоги для дітей у складних умовах (зокрема, Hampstead Clinic у Лондоні). Визначальна роль у формуванні концепції «дитячого психоаналізу» як окремої дисципліни.

Гештальт-терапія з дітьми: цілісність, переживання, гра і контакт

Гештальт-терапія – це напрямок гуманістичної психотерапії, заснований Ф. Перлзом, що зосереджується на усвідомленні, переживанні моменту «тут і тепер», цілісному контакті з середовищем і собою. У роботі з дітьми цей підхід став одним із найбільш гнучких, творчих і дбайливих.

Основні принципи дитячої гештальт-терапії:

1. Дитина – це ціле, не поділене на поведінку, емоції, думки. У гештальт-терапії дитина розглядається як цілісна істота, яка реагує на світ не тільки словами, а тілом, поглядом, мімікою, малюнками, рухами. «Поводиться агресивно» – це не симптом, а спосіб комунікації, заклик до контакту.

2. Контакт – головна мета терапії. Гештальт-терапевт прагне створити простір, у якому дитина відчує себе побаченою, прийнятою, зрозумілою. Відновлення здатності до контакту (з собою, з дорослим, із середовищем) – це вже терапевтична дія.

3. Проживання «тут і тепер». Замість зосередження на діагнозі чи минулому, терапевт запрошує дитину досліджувати: Що ти відчуваєш зараз? Що хоче зробити твоє тіло? Як це – бути тобою в цю мить?

4. Творчість як мова дитячої психіки. У гештальт-практиці використовуються: малюнки; ліплення; рольова гра; рух, танець; символічні предмети (тваринки, ляльки, м'які іграшки). Через ці форми дитина виражає внутрішній досвід, з яким потім можна працювати вербально чи невербально.

Роль терапевта: Бути «контактною фігурою», на яку можна спертись; Підтримувати, а не тиснути; Запитувати, а не інтерпретувати; Бути щирим, присутнім, живим у взаємодії.

Техніки гештальт-терапії з дітьми:

- **Гра в "Я і мої почуття"** – малювання, виліплення емоцій, називання тілесних станів.
- **Гра в ролі** – «поговори як твоя злість», «уяви, що твій страх – це дракон».
- **Робота з фігурками** – створення сцени, яка відображає сімейну чи внутрішню ситуацію.
- **Мандала або круг почуттів** – візуалізація свого стану на папері.
- **Техніка "порожнього стільця"** – «Посади страх на стілець і поговори з ним».

Цінність гештальт-підходу. Делікатність у роботі з емоціями. Можливість для дитини бути собою без осуду. Стимуляція саморефлексії і розуміння своїх реакцій. Створення нового досвіду взаємодії, де тебе приймають і не змінюють насильно.

Символдрама: кататимно-імагінативна психотерапія дітей

Символдрама – це напрямок психотерапії, заснований німецьким психотерапевтом **Гансом-Карлом Ляйнером**, що ґрунтується на використанні керованої уяви (імагінацій) у поєднанні з психоаналітичними принципами. Повна назва – **кататимно-імагінативна психотерапія** (*кататимна* – зумовлена емоціями, *імагінативна* – пов'язана з уявою). У роботі з дітьми цей метод є м'яким, безпечним, символічним способом дотику до внутрішнього світу.

Принцип дії символдрами

- Дитина під керівництвом терапевта уявляє певні образи, які мають архетипову чи емоційну символіку (сад, струмок, тварини, гора тощо).
- У ході уяви активуються емоційні переживання, внутрішні конфлікти, потреби, захисти.
- Після імагінації дитина малює побачене, розповідає, а терапевт допомагає інтерпретувати образи.

Чому це ефективно для дітей:

- Вони мислять образами, а не поняттями;
- Уява дозволяє обійти опір, сором, страхи;
- Символи «говорять» замість слів і дають доступ до глибинних емоцій.

Типові образи в символдрамі для дітей:

Образ	Його можливі значення
Сад	внутрішній світ дитини, здатність до турботи
Струмок	емоційний потік, життєва енергія
Казковий ліс	простір несвідомого, зона тривог або пошуків
Тварина-друг	ресурс, підтримка, проекція образу Я
Будиночок	уявлення про «Я», захищеність, «домашність»

Техніка проведення сесії символдрами:

1. **Початок** – налаштування, коротка бесіда.
2. **Введення в уяву** – терапевт пропонує тему: «Уяви, що ти заходиш у гарний сад. Роздивись його. Що ти бачиш?»
3. **Супровід** – терапевт задає запитання, утримує увагу: «Які запахи? Що ти відчуваєш у тілі?»
4. **Завершення уяви** – повернення «назад», відкриття очей.
5. **Малювання образу** – важливий етап вираження.
6. **Рефлексія** – обговорення з терапевтом: «Як тобі було у саду? Що тобі сподобалося? А що викликало тривогу?»

Ресурсність символдрами:

Дитина вчиться: усвідомлювати свої почуття; досліджувати внутрішні конфлікти в безпечному форматі; отримувати підтримку через образи; формувати нові внутрішні опори (наприклад, уявний друг, дім, світло).

Переваги методу:

- Невербальність і гнучкість;
- Робота як з тривожністю, страхами, так і з самооцінкою;
- Підходить для дітей з труднощами в комунікації, замкненістю, наслідками травми;
- Дає можливість виразити те, що не можна сказати прямо.

Ігрова терапія: природний простір для відновлення, вираження і зростання

Ігрова терапія – це психотерапевтичний напрям, у якому гра використовується як основний засіб комунікації, діагностики і лікування дітей. Гра – це природна мова дитинства, спосіб освоєння світу, вираження емоцій, розв'язання конфліктів.

Це не просто «розважання дитини», а структурований терапевтичний процес, у якому через гру розгортається внутрішній світ дитини.

Основні принципи ігрової терапії:

1. Гра – це спосіб мислення. Діти не здатні ще до абстрактного самостереження, але через сюжет, роль, предмет вони виявляють свої внутрішні стани. Наприклад: гра в «лікарню» може бути способом опрацювання страху перед хворобою або візитом до лікаря.

2. Терапевт не веде – а слідує. У недирективній ігровій терапії (метод **Вірджинії Акслейн**) терапевт дозволяє дитині самій обирати іграшки, темп, сюжет. Він підтримує, відображає, приймає, але не змушує.

3. Створення «безпечного простору». Ігрова кімната – це місце, де можна злитися, боятися, кричати, відмовлятися, творити, і все це буде прийняте без покарання або оцінки.

Техніки та інструменти ігрової терапії:

1. Тематичні іграшки: тварини, ляльки, фігурки людей; будинки, меблі, машини; посуд, інструменти, зброя (іграшкова).

Кожна іграшка – символічна фігура, на яку дитина проектує власні внутрішні конфлікти, страхи, бажання.

2. Рольова гра. Дитина бере на себе ролі: мами, вчителя, поліцейського, чудовиська. Цей процес дозволяє пережити травматичну ситуацію в безпечній формі, змінити її кінець, посилити контроль над нею.

3. Арт-терапевтичні елементи: малювання під час гри; конструювання (із кубиків, лего, пластиліну); театралізовані вистави (театр тіней, пальчиковий театр).

Форми ігрової терапії:

Тип	Характеристика
Нердирективна	Дитина веде гру, терапевт — свідок, дзеркало.
Директивна	Терапевт задає тему гри, веде процес.
Тематична	Наприклад, «гра на зниження тривоги» або «гра про дружбу».
Сімейна	Гра включає батьків — працює з динамікою в родині.

Психотерапевтичні цілі: зниження тривожності, агресії, сорому; формування нових моделей поведінки; вираження пригнічених почуттів; навчання навичкам соціальної взаємодії; підвищення самооцінки та впевненості.

Переваги методу: ідповідність природній формі діяльності дитини; можливість терапії без прямих запитів, аналізу чи тиску; гнучкість у роботі з різними віковими категоріями і запитам; інклюзивність – ігрова терапія може застосовуватись навіть для дітей з мовленнєвими, когнітивними, емоційними порушеннями.

Пісочна терапія: глибинна мова образів, архетипів і відтворення внутрішнього світу у пісочниці

Пісочна терапія (Sandplay therapy) – це метод глибинної психології, створений швейцарською аналітикинею **Дорою Кальф**, що поєднує ідеї **К. Юнга** з практичним підходом до роботи з дітьми. Вона використовує пісок, мініатюри та простір пісочниці як безпечне середовище для вираження несвідомого. Цей метод дозволяє дитині створювати сцени у пісочниці, що відображають її внутрішній світ, часто без вербалізації.

Особливості та суть пісочної терапії:

1. Символічна мова. Дитина не завжди може описати свій стан словами. Пісок, вода і мініатюрні фігурки створюють символічну систему вираження, зрозумілу без логічного аналізу.

2. Простір свободи. У пісочниці немає правильних чи неправильних історій – усе, що створює дитина, має значення. Це простір, де можна вільно будувати, руйнувати, змінювати.

3. Робота на межі свідомого і несвідомого. Через дотик до піску, переміщення фігурок, структурування сцен – активізуються глибокі шари психіки. Юнгіанські архетипи, страхи, ресурси, конфлікти – все це проявляється у формі "гри з піском".

Як виглядає сесія:

1. Дитина отримує доступ до дерев'яної пісочниці (зазвичай 50×70 см) з вологим або сухим піском.
2. На вибір – величезна кількість мініатюр: люди, тварини, будинки, містичні істоти, символи, предмети побуту тощо.
3. Дитина самостійно створює композицію, сцену, пейзаж або сюжет.
4. Після завершення – терапевт фіксує (іноді фотографує) і бере участь у рефлексії (якщо дитина готова говорити).
5. Основне – процес, а не оцінка результату.

Приклади сюжетів у пісочниці:

- **Фортеця з солдатами** – захист від загрози, тема агресії;
- **Руїни або пустеля** – досвід втрати, розпачу;
- **Казковий ліс із магічними істотами** – пошук сили, ресурсів, фантазійна компенсація;
- **Будинок з родиною** – зображення сімейної динаміки;
- **Дві ізольовані фігурки** – тема самотності, ізоляції.

Психологічний ефект:

- **Заспокоєння через сенсорну стимуляцію (пісок);**
- **Контейнеризація тривоги** – внутрішній хаос перетворюється на впорядковану сцену;
- **Переживання і символізація конфліктів**, які дитина не усвідомлює раціонально;
- **Інтеграція роз'єднаних частин "Я"** через повторювану символіку.

Кому підходить пісочна терапія: дітям з емоційними, поведінковими труднощами; з травматичним досвідом (розлучення, насильство, втрата); при мовленнєвих порушеннях або аутизмі; при сором'язливості, страхах, замкнутості.

Переваги пісочної терапії: Невербальний і природний підхід. Безпечність – терапевт не втручається, лише спостерігає;. Простір для гри, яка одночасно є глибинною роботою з психікою. Виявлення архетипових тем: добра і зла, життя і смерті, сили і вразливості.

Висновок:

Дитяча психотерапія – це не спрощена версія дорослої терапії, а повноцінний підхід до роботи з унікальним способом переживання і вираження, характерним для дитини. Усі згадані методи — від класичних психоаналітичних до тілесно-образних – дають дитині змогу бути собою, відчувати, грати, шукати, відновлювати себе в безпечному контакті з дорослим, який приймає і розуміє.

ТЕМА 14. СИСТЕМНА СІМЕЙНА ПСИХОТЕРАПІЯ

План:

1. Сімейна терапія як теорія соціальної роботи.
2. Напрями сімейної терапії. Теоретичні положення.
3. Етапи процесу сімейної терапії.
4. Техніки сімейної терапії.

Текст лекції:

Сімейна терапія як теорія соціальної роботи

Сімейна психотерапія – це метод психологічної допомоги, спрямований на аналіз і трансформацію стосунків між членами сім'ї, у тому числі між поколіннями. У центрі уваги не окрема особа, а вся сімейна система як взаємопов'язане ціле. Основна ідея: проблема однієї людини – це відображення дисфункції в сімейній взаємодії.

У соціальній сфері сімейна терапія використовується: у роботі з кризовими сім'ями (наси́льство, залежності, розлучення); з багатодітними або прийомними родинками; у сфері опіки, ювенальної юстиції; для підтримки сімей, де є дитина з інвалідністю чи хворобою; у програмах профілактики девіантної поведінки дітей і підлітків.

Психотерапевт у соціальній роботі діє не тільки як консультант, а і як посередник, модератор змін, координатор сімейного ресурсу.

Принцип системності в роботі з родиною:

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

Напрями сімейної терапії

Структурна сімейна терапія (ССТ). Засновник: Сальвадор Мінухін.

- Фокус: структура сім'ї, межі між підсистемами (батьки–діти, подружжя), ієрархія.
- Проблеми виникають, коли межі занадто жорсткі або розмиті (наприклад, дитина виконує роль батька).
- Ціль – відновити функціональну структуру сім'ї, зміцнити ролі, налагодити комунікацію.

Техніки: «розстановки ролей», «приєднання терапевта до системи», «переформування кордонів».

Стратегічна сімейна терапія. Засновники: Джей Хейлі, Мілтон Еріксон.

- Фокус: поведінкові сценарії в сім'ї, що підтримують проблему.
- Терапевт дає парадоксальні завдання, інструкції, які «ламають» патологічні патерни (наприклад, навмисно повторити конфлікт).
- Основна ідея – не зрозуміти причину, а змінити взаємодію.

Техніки: парадоксальні інтервенції, «прописування симптому», контроль за зворотним зв'язком.

Когнітивно-біхевіористський підхід

- Фокус: установки, переконання і поведінкові стратегії членів сім'ї.
- Дисфункція – це внаслідок негативних інтерпретацій і деструктивної поведінки.
- Завдання – навчити конструктивному спілкуванню, управлінню емоціями, зміні когніцій.

Техніки: поведінкові контракти, когнітивна реструктуризація, домашні завдання.

Екзистенційний підхід у сімейній терапії

- Фокус: глибокі питання сенсу, свободи, відповідальності у родинному контексті.
- Проблеми виникають, коли члени сім'ї втрачають зв'язок зі справжніми потребами, бо діють за «повинностями».
- Терапія допомагає віднайти взаємну автентичність, звільнитися від страхів, прийняти вибір.

Техніки: відкритий діалог, проживання екзистенційних конфліктів, рефлексивні запитання.

Теоретичні положення системної сімейної терапії

Сімейна системна терапія ґрунтується на теорії систем, згідно з якою:

- Сім'я – це відкрита, динамічна система, що перебуває в постійній взаємодії із зовнішнім середовищем.
- Кожен член сім'ї виконує певну роль і функцію, і зміни в одному елементі системи неминуче впливають на всіх інших.
- Система має тенденцію до гомеостазу – тобто, до збереження рівноваги навіть у дисфункціональних формах.

Приклад: якщо дитина в родині починає проявляти симптоми (наприклад, енурез), це може сигналізувати не про «проблему дитини», а про прихований конфлікт між батьками.

Симптом як комунікація

У системній терапії симптом розглядається не як "хвороба", а як формат взаємодії. Він виконує функцію: стабілізації системи (наприклад, дитина хворіє – батьки не сваряться); вираження конфлікту, який не може бути усвідомлений прямо; регулювання ієрархії, дистанції, емоційного балансу.

Таким чином, завдання терапії – розшифрувати значення симптому в контексті сімейної динаміки.

Циркулярність причинно-наслідкових зв'язків

На відміну від лінійної моделі («причина → наслідок»), системна терапія дотримується циркулярної логіки:

- Немає «винного», а є взаємозалежний процес, де поведінка кожного підтримується поведінкою іншого.
- Наприклад: батько контролює доньку → вона бреше → він контролює ще більше → вона стає ще потайнішою.

Концепція меж

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

- **Здорові межі** – гнучкі, дозволяють індивідуальність і спілкування.
- **Жорсткі межі** – ізоляція, відсутність підтримки.
- **Розмиті межі** – симбіоз, відсутність автономії, рольові зміщення (наприклад, дитина стає «партнером» для мами).

Робота з межами – один із ключових векторів терапії.

Етапи процесу сімейної терапії

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

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

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

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

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

Техніки сімейної терапії: практичні інструменти роботи з системою

1. Генограма (родинна карта)

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

2. Сімейна скульптура

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

3. Переформулювання (рефреймінг)

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

4. Парадоксальні інтервенції. Це наміри терапевта «підсилити» симптом, щоб змінити до нього ставлення. Наприклад: «Ми просимо вас сьогодні ввечері влаштувати показову сварку – але за правилами: без криків, у віршах». Це порушує звичний сценарій і виводить симптом з-під контролю системи.

5. Рольові інверсії. Члени сім'ї на час змінюються ролями: дитина стає «татом»; батько – «дитиною»; мати – «спостерігачем». Це дозволяє прожити досвід іншого, посилити емпатію, побачити стереотипи.

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

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

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

Висновки:

Системна сімейна терапія – це глибокий підхід до роботи з міжособистісними відносинами, що визнає:

- сім'я як джерело як проблем, так і ресурсів;
- симптом – це спосіб адаптації до порушених взаємозв'язків;
- терапія – не виправлення однієї особи, а трансформація динаміки взаємодії.

Цей підхід вимагає делікатності, гнучкості, стратегічного мислення та вміння працювати із групою як з єдиним цілим.

ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНУ З ДИСЦИПЛІНИ «Основи психотерапії»

1. Предмет, завдання психотерапії як прикладного напрямку в психології.
2. Охарактеризувати психодинамічний напрям психотерапії (класичний психоаналіз З.Фрейда).
3. Розкрити теорію об'єктних відносин.
4. Зміст та специфіка роботи психолога в психотерапії. Специфічні і неспецифічні засоби психодинамічної терапії.
5. Теоретичні основи гештальт-психотерапії.
6. Розкрити методику «Контроль стимулу» у поведінковій психотерапії.
7. Сутність, об'єкт і предмет психотерапії
8. Охарактеризувати п'ять механізмів порушення процесу саморегуляції у гештальттеорії(інтроекція; проекція; ретрофлексія; дефлексія; конфлуенція).
9. Розкрити поняття групової психотерапії: групова згуртованість, групова напруга.
10. Охарактеризувати медичний напрям в сучасному психотерапевтичному процесі.
11. Розкрити позицію першої, другої, молодшої дитини за Альфредом Адлером.
12. Основні правила гештальт-психотерапії.
13. Охарактеризувати немедичний напрям в сучасному психотерапевтичному процесі.
14. Методики метафоричного спілкування з дітьми за Альфредом Адлером.
15. Розкрити особливості роботи гештальт-терапевта.
16. Зв'язок психотерапії з іншими науками.
17. Охарактеризувати аналітичний напрям психотерапії (К. Юнг).
18. Розкрити позицію психолога у гештальттерапії.
19. Характеристика релігійних форм психотерапії
20. Біоенергетичний аналіз (А.Лоуен).
21. Розкрити основну мету гештальткорекції.
22. Дати характеристики понятійного апарату психотерапії.
23. Пояснити психологічні травми дитини, спричинені поганими дитячо-батьківськимистосункам (з погляду біоенергетичного аналізу).
24. Розкрити вимоги до клієнта у гештальттерапії.
25. Мета, завдання і принципи діяльності психотерапевта.
26. Розкрити техніку біоенергетичного аналізу за А.Лоуен.
27. Охарактеризувати напрям психотерапії – «Психосинтез».
28. Розкрити феноменологічний підхід як основу клієнт-центрованої терапії.
29. Розкрити специфіку роботи психотерапевта.

30. Структура особистості, або «карта внутрішнього світу», за Р. Ассаджіолі.
31. Розкрити три взаємозв'язані позиції у клієнт-центрованої терапії («тріада Роджерса»): безумовне позитивне відношення, емпатія, конгруентність.
32. Роль З. Фрейда у становленні і розвитку психотерапії як науки.
33. Охарактеризувати напрям психотерапії – «Гештальт-терапія» (Ф.Перлз).
34. Розкрити стадії терапевтичного процесу (за Роджерсом): заблокованість внутрішньої комунікації, самовираження, саморозкриття, конгруентність, особистісні зміни.
35. Внесок Франца Месмера, Й. Брєєра в розвиток психотерапії як науки.
36. Охарактеризувати напрям психотерапії – «Психодрама» (Я.Морено).
37. Розкрити базові психотехніки клієнт-центрованої терапії: установлення конгруентності, вербалізація, відображення емоцій.
38. Засновник аналітичної психології Карл Густав Юнг і його роль у розвитку психотерапії як науки.
39. Дати визначення поняття групова психотерапія, розкрити її мету і завдання групи.
40. Внесок Мелані Кляйн у розвиток дитячої психотерапії.
41. Терапевтичні чинники психодрами (за П.Келлерманом).
42. Розкрити поняття групової психотерапії: групові норми, структура групи, групові ролі, проблема лідерства.
43. Охарактеризувати напрям психотерапії – «Екзистенційна психотерапія»
44. Розкрити у груповій психотерапії поняття: актуалізація колишнього емоційного досвіду, головні види вербальної комунікації в групі.
45. Карл Роджерс, Вірджинія Ейкслін та їх внесок у розвиток недирективної ігрової терапії.
46. Гуманістичний напрям в психотерапії (клієнт-центрована терапія К.Роджерса).
47. Розкрити процес групової психотерапії (її фази, підфази).
48. Внесок Е. Еріксона у психотерапію як науку.
49. Структура особистості за К. Роджерсом.
50. Розкрити теоретичні основи поведінкової терапії.
51. Охарактеризувати напрям психотерапії – «Когнітивна психотерапія» (А.Бек).
52. Цілі, вимоги до клієнта та терапевта у поведінковій психотерапії.
53. Розвиток психотерапії як науки на Україні і в Росії у 30-40-ві р. 20 ст.
54. Основні риси когнітивної терапії.
55. Розкрити особливості методика «негативної дії» у поведінковій психотерапії.
56. психотерапії.
57. Науковий статус сучасної психотерапії.
58. Теоретичні основи психоаналізу (Зігмунд Фрейд).

59. Розкрити методики формування поведінки у поведінковій психотерапії.
60. Охарактеризувати ігротерапію як виду психотерапії.
61. Розкрити основні правила психодинамічної психотерапії.
62. Розкрити методики, засновані на принципах позитивного і негативного підкріплення у поведінковій психотерапії.
63. Охарактеризувати тілесно-орієнтований напрям психотерапії.
64. Охарактеризувати когнітивну психотерапію як один з напрямів сучасного когнітивно-біхевіорального підходу в психотерапії
65. Розкрити базисні техніки: метод вільних асоціацій, аналіз сновідінь, інтерпретація, аналізопору, аналіз переносу.
66. Основні правила когнітивної психотерапії.
67. Охарактеризувати екзистенціальну психотерапію як напрямок психології. Розкрити різновиди психоаналізу у сучасній психотерапії.
68. Метод «Фіксованої ролі» у когнітивній психотерапії.
69. Охарактеризувати гештальт-терапію як напрям психотерапії.
70. Теоретичні передумови розвитку психодинамічної психотерапії.
71. Розкрити техніки у когнітивній психотерапії.
72. Класифікація видів психотерапії.
73. Дати визначення поняття «Психодинамічна психотерапія».
74. Чинники, що визначають ефективність психотерапії.
75. Охарактеризувати когнітивно-біхевіоральний напрям психотерапії.
76. Розкрити техніки психодинамічної психотерапії.
77. Очікування клієнта у психотерапії.
78. Охарактеризувати психодинамічний напрям психотерапії.
79. Охарактеризувати гуманістичний напрям психотерапії.
80. Розкрити погляди теоретиків неофрейдизму (Карен Хорні, Еріх Фромм, Гарі Саллівен).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Глива Є. Вступ до психотерапії [текст] : навчальний посібник. Острог : Вид-во «Острозька академія»; К. : Кондор, 2004. 530 с.
2. Каліна Н.Ф. Психотерапія: підручник. К.: Академвидав, 2010. 280 с.
3. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. 420 с.
4. Пеньковська, Н. М. Основи психологічного консультування в методі позитивної психотерапії : навчально-методичний посібник Тернопіль : Крок, 2014. 268 с.
5. Психотерапевтичний практикум. Класичний психоаналіз / [ред. упоряд. З. С. Карпенко]. Івано-Франківськ : Гостинець, 2004. Вип. 1. 60 с.
6. Федій О. Естетотерапія : навчальний посібник. К. : Центр навчальної літератури, 2007. 256 с.

Допоміжна:

1. Шестопал І. А. Казкотерапія як ефективний метод роботи психотерапевта з дітьми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2020. № 10. С. 143-147.
2. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб. Київ : Видавничий дім "КМ Академія", 2017. 248 с.
3. Шевченко Н. Ф. Основи психотерапії : навч. посіб. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2017. 216 с.
4. Седих О. В. Основи психотерапії : курс лекцій. Умань : Видавництво УДПУ, 2017. 180 с.
5. Кочарян О. С., Ложкін Г. В. Основи психотерапії : підручник. Харків : НТУ "ХП", 2017. 320 с.
6. Кочарян О. С., Ложкін Г. В. Психотерапія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2010. 400 с.

Інформаційні ресурси

1. Бібліотека Міжнародного гуманітарного університету: офіційний сайт. URL: https://mgu.edu.ua/science_library
2. Бібліотека Університету Ушинського: офіційний сайт. URL: <https://library.pdpu.edu.ua>
3. Міністерство освіти і науки України: офіційний сайт. URL: <http://www.mon.gov.ua>
4. Національна бібліотека України імені В.І.Вернадського: офіційний сайт. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/>
5. Одеська національна наукова бібліотека: офіційний сайт. URL: <http://odnb.odessa.ua/>

ДОДАТКИ

Додаток А

ВИДИ ТА МЕТОДИ КОНТРОЛЮ

Види контролю	Складові оцінювання	
	Для екзамену	Для заліку
поточний контроль , який здійснюється у ході: проведення практичних (лабораторних) занять, виконання самостійної роботи, індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача тощо.	50%	100%
підсумковий контроль	50%	

Методи діагностики знань (контролю)	фронтальне опитування; наукова доповідь, реферати, усне повідомлення, індивідуальне опитування; робота у групах; ділова гра, розв'язання ситуаційних завдань, кейсів, практичних завдань, екзамен(залік)
--	---

Додаток Б.

**ОЦІНЮВАННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ТА ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ
ОСВІТИ ЗА НАВЧАЛЬНУ ДИСЦИПЛІНУ У МІЖНАРОДНОМУ
ГУМАНІТАРНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**
(поточний контроль, підсумковий контроль, загальний результат
оцінювання)

ЕКЗАМЕН

Поточний контроль			
Види роботи	Планові терміни виконання	Форми контролю та звітності	Максимальний відсоток оцінювання
Систематичність і активність роботи на практичних (лабораторних) заняттях			
1.1. Підготовка до практичних (лабораторних) занять	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Перевірка обсягу та якості засвоєного матеріалу під час практичних (лабораторних) занять	30
Виконання завдань для самостійного опрацювання			
1.2. Індивідуальне тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Розгляд відповідного матеріалу під час аудиторних занять або ІКР ¹ , перевірка конспектів навчальних текстів тощо	10
Виконання індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача			
1.3. Інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовка наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо.	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Обговорення результатів проведеної роботи під час аудиторних занять, наукових конференцій та круглих столів.	10
Разом балів за поточний контроль			50
Підсумковий контроль екзамен			50
Загальний результат оцінювання			100

¹ Індивідуально-консультативна робота викладача зі здобувачами

Поточний контроль знань здобувачів освіти при формі контролю **екзамен** (максимум 50 балів) оцінюється за шкалою («2», «3», «4», «5»), з обов'язковим переведенням балів за кожний вид роботи таким чином:

- за підготовку до аудиторних занять (максимум 30 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості практичних (лабораторних) занять, для переведу балів за підготовку до аудиторних занять середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 6;
- за виконання завдань для самостійного опрацювання (тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою) (максимум 10 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості програмного матеріалу, що виноситься на самостійне вивчення, для переведу зазначених балів середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 2;
- за інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовку наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо (максимум 10- балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості інших видів індивідуальних завдань, для переведу балів за підготовку середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 2.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗА ПОТОЧНИЙ КОНТРОЛЬ

- «2» - виставляється за неправильну відповідь (письмову роботу), яка не відповідає змісту теми та свідчить про нерозуміння її основних положень;
- «3» - виставляється за відповідь (письмову роботу), яка відповідає змісту теми, але є неповною і неточною у визначенні понять, свідчить про неповне розуміння основних положень навчального матеріалу, свідчить про те, що знання студента мають фрагментарний, поверховий характер;
- «4» - оцінюється правильна і обґрунтована відповідь (письмова робота), з якої видно, що студент знає й розуміє теоретичний матеріал в обсязі навчальної теми, володіє необхідними навичками, не допускає суттєвих помилок.
- «5» - оцінюється повна, правильна, ґрунтовна відповідь (письмова робота) на запитання теми, що передбачає логічність і послідовність викладу матеріалу, володіння термінологією, показує вміння повно й глибоко використовувати теоретичні знання в практичній площині.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ ЗА ЕКЗАМЕН (максимум 50 балів)

Рівень знань оцінюється:

- від 40 до 50 балів - студент виявляє особливі творчі здібності, вміє самостійно знаходити та опрацьовувати необхідну інформацію, демонструє знання матеріалу, проводить узагальнення і висновки;
- від 30 до 40 балів - студент володіє знаннями матеріалу, але допускає незначні помилки у формуванні термінів, категорій, проте за допомогою викладача швидко орієнтується і знаходить правильні відповіді;

- 20 - 30 балів - студент відтворює значну частину теоретичного матеріалу, виявляє знання і розуміння основних положень, з допомогою викладача може аналізувати навчальний матеріал, але дає недостатньо обґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки.
- 10 - 20 балів - володіє навчальним матеріалом на середньому рівні, допускає помилки, серед яких є значна кількість суттєвих;
- 0 - 10 балів - володіє навчальним матеріалом на рівні, вищому за початковий, значну частину його відтворює на репродуктивному рівні, на всі запитання дає необґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки.

ЗАЛІК

Поточний контроль			
Види роботи	Планові терміни виконання	Форми контролю та звітності	Максимальний відсоток оцінювання
Систематичність і активність роботи на практичних (лабораторних) заняттях			
1.1. Підготовка до практичних (лабораторних) занять	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Перевірка обсягу та якості засвоєного матеріалу під час практичних (лабораторних) занять	60
Виконання завдань для самостійного опрацювання			
1.2. Індивідуальне тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою	Відповідно до робочої програми тарозкладу занять	Розгляд відповідного матеріалу під час аудиторних занять або ІКР ² , перевірка конспектів навчальних текстів тощо	20
Виконання індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача			
1.3. Інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовка наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо.	Відповідно до робочої програми тарозкладу занять	Обговорення результатів проведеної роботи під час аудиторних занять, наукових конференцій та круглих столів.	20
Разом балів за поточний контроль			100
Загальний результат оцінювання			100

² Індивідуально-консультативна робота викладача зі здобувачами

Поточний контроль знань здобувачів освіти при формі контролю **залік** (максимум 100 балів) оцінюється за шкалою («2», «3», «4», «5»), з обов'язковим переведенням балів за кожний вид роботи таким чином:

- за підготовку до аудиторних занять (максимум 60 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості практичних (лабораторних) занять, для переведу балів за підготовку до аудиторних занять середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 12;
- за виконання завдань для самостійного опрацювання (тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою) (максимум 20 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості програмного матеріалу, що виноситься на самостійне вивчення, для переведу зазначених балів середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 4;
- за інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовку наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо (максимум 20- балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості інших видів індивідуальних завдань, для переведу балів за підготовку середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 4.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗА ПОТОЧНИЙ КОНТРОЛЬ

- «2» - виставляється за неправильну відповідь (письмову роботу), яка не відповідає змісту теми та свідчить про нерозуміння її основних положень;
- «3» - виставляється за відповідь (письмову роботу), яка відповідає змісту теми, але є неповною і неточною у визначенні понять, свідчить про неповне розуміння основних положень навчального матеріалу, свідчить про те, що знання студента мають фрагментарний, поверховий характер;
- «4» - оцінюється правильна і обґрунтована відповідь (письмова робота), з якої видно, що студент знає й розуміє теоретичний матеріал в обсязі навчальної теми, володіє необхідними навичками, не допускає суттєвих помилок.
- «5» - оцінюється повна, правильна, ґрунтовна відповідь (письмова робота) на запитання теми, що передбачає логічність і послідовність викладу матеріалу, володіння термінологією, показує вміння повно й глибоко використовувати теоретичні знання в практичній площині.

Додаток В.

КРИТЕРІЇ ЗАГАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ (для іспиту / заліку)

Рівень знань оцінюється:

- «відмінно» / «зараховано» А - від 90 до 100 балів. Студент виявляє особливі творчі здібності, вміє самостійно знаходити та опрацьовувати необхідну інформацію, демонструє знання матеріалу, проводить узагальнення і висновки. Був присутній на лекціях та семінарських заняттях, під час яких давав вичерпні, обґрунтовані, теоретично і практично правильні відповіді, має конспект з виконаними завданнями до самостійної роботи, презентував реферат (есе) за заданою тематикою, проявляє активність і творчість у науково-дослідній роботі;
- «добре» / «зараховано» В - від 82 до 89 балів. Студент володіє знаннями матеріалу, але допускає незначні помилки у формуванні термінів, категорій, проте за допомогою викладача швидко орієнтується і знаходить правильні відповіді. Був присутній на лекціях та семінарських заняттях, має конспект з виконаними завданнями до самостійної роботи, презентував реферат (есе) за заданою тематикою, проявляє активність і творчість у науково-дослідній роботі;
- «добре» / «зараховано» С - від 74 до 81 балів. Студент відтворює значну частину теоретичного матеріалу, виявляє знання і розуміння основних положень, з допомогою викладача може аналізувати навчальний матеріал, але дає недостатньо обґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки. При цьому враховується наявність конспекту з виконаними завданнями до самостійної роботи, реферату та активність у науково-дослідній роботі;
- «задовільно» / «зараховано» D - від 64 до 73 балів. Студент був присутній не на всіх лекціях та семінарських заняттях, володіє навчальним матеріалом на середньому рівні, допускає помилки, серед яких є значна кількість суттєвих. При цьому враховується наявність конспекту з виконаними завданнями до самостійної роботи, рефератів (есе);
- «задовільно» / «зараховано» Е - від 60 до 63 балів. Студент був присутній не на всіх лекціях та семінарських заняттях, володіє навчальним матеріалом на рівні, вищому за початковий, значну частину його відтворює на репродуктивному рівні, на всі запитання дає необґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки, має неповний конспект з завданнями до самостійної роботи.
- «незадовільно з можливістю повторного складання» / «не зараховано» FХ – від 35 до 59 балів. Студент володіє матеріалом на рівні окремих фрагментів, що становлять незначну частину навчального матеріалу.
- «незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни» / «не зараховано» F – від 0 до 34 балів. Студент не володіє навчальним матеріалом.

Таблиця відповідності результатів контролю знань за різними шкалами

100-бальною шкалою	Шкала за ECTS	За національною шкалою	
		екзамен	залік
90-100 (10-12)	A	Відмінно	зараховано
82-89 (8-9)	B	Добре	
74-81(6-7)	C		
64-73 (5)	D	Задовільно	
60-63 (4)	E		
35-59 (3)	FX	незадовільно	не зараховано

Методичне видання

**Поплавська Єва Вадимівна
Меленчук Наталя Іванівна
Єрмакова Світлана Станіславівна**

Основи психотерапії

для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ