

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний технічний університет
імені Івана Пулюя
Факультет економіки та менеджменту
Кафедра психології



Основи психотерапії

Навчальний посібник

Для студентів першого освітнього рівня (бакалавр)
спеціальності 053 Психологія

2025

УДК 159.9

Рецензенти:

Вишньовський В. В. – кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології ТНТУ імені Івана Пулюя

Кавецький В.Є. – кандидат педагогічних наук, доцент, в.о. завідувача кафедри педагогіки і психології та інклюзивної освіти ТОКІППО

Основи психотерапії: навч. посібник для студентів, які навчаються на першому освітньому рівні (бакалавр), спеціальності 053 Психологія, Автор-упорядник І. М. Чорна. Тернопіль, 2025. 186 с.

©Чорна І.М.

Зміст

1.Вступ.....	4
2.Структура навчальної дисципліни.....	7
3.Опис навчальної дисципліни.....	8
4.Практичні заняття.....	14
5.Самостійна робота.....	20
6.Критерії оцінювання результатів навчання студентів.....	21
7.Опорні конспекти лекцій.....	22
8.Література.....	182

Вступ

Із розвитком науково-технічного прогресу, нестабільністю у суспільно-політичному житті прямопропорційно зростає рівень психологічних негараздів у людей, ріст захворювань психосоматичної природи, неврологічних та невротичних порушень. За таких умов зростає рівень актуальності та необхідності психологічної допомоги, зокрема, психотерапевтичного втручання. Із ростом темпу життя, підвищенням вимог до людини, стресогенні фактори провокують ріст загального психологічного напруження. Як наслідок, у людей зростає рівень конфліктності, розвивається синдром хронічної втоми, синдром професійного вигорання, ін.. Психотерапія - це система лікувального впливу на психіку, а через неї - на весь організм.

Методичний посібник впорядковано для студентів ЗВО, які навчаються за першим освітнім рівнем (бакалавр) ООП 053 Психологія.

Мета та завдання навчальної дисципліни «Основи психотерапії»

Мета: ознайомити студентів із основними науковими положеннями, поняттями, теоретичними підходами, методами, прийомами, техніками психотерапії. Розкрити суть та навчити студентів екстраполювати в практичну діяльність основні технології психотерапевтичної бесіди, психотерапевтичні техніки.

Завдання:

1. Розкрити теоретичні основи психотерапії та суті психотерапевтичного втручання.
2. Навчити методології групових та індивідуальних форм роботи.
3. Розкрити механізми лікувальної дії психотерапії.
4. Навчити прийомів інтерв'ювання та психотерапевтичної бесіди.
5. Розкрити технології сімейної психотерапії.
6. Ознайомити із основними методами психотерапії.

За результатами вивчення дисципліни студент повинен продемонструвати такі результати навчання:

ПР1. Аналізувати та пояснювати психічні явища, ідентифікувати психологічні проблеми та пропонувати шляхи їх розв'язання.

ПР2. Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування психічних явищ в контексті професійних завдань.

ПР10. Формулювати думку логічно, доступно, дискутувати, обстоювати власну позицію, модифікувати висловлювання відповідно до культуральних особливостей співрозмовника в умовах міжособистісної взаємодії.

ПР11. Скласти та реалізовувати план консультативного процесу з урахуванням специфіки запиту та індивідуальних особливостей клієнта, забезпечувати ефективність власних дій (в т.ч. у роботі з особами, що отримали психологічні травми, зокрема внаслідок війни).

ПР15. Відповідально ставитися до професійного самовдосконалення, навчання та саморозвитку.

ПР16. Знати, розуміти та дотримуватися етичних принципів професійної діяльності психолога.

ПР18. Вживати ефективних заходів щодо збереження здоров'я (власного й оточення) та за потреби визначати зміст запиту до супервізії.

Вивчення навчальної дисципліни передбачає формування та розвиток у студентів компетентностей:

- інтегральної:

Здатність розв'язувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми у сфері психології, що передбачають застосування основних психологічних теорій та методів та характеризуються комплексністю і невизначеністю умов;

- загальних:

ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК2. Знання та розуміння предметної області та професійної діяльності.

ЗК4. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК5. Здатність бути критичним і самокритичним.

ЗК6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

- спеціальних (фахових):

СК1. Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології.

СК8. Здатність організовувати та надавати психологічну допомогу (індивідуальну та групову, в т.ч. особам, які отримали психологічні травми, зокрема внаслідок війни).

СК10. Здатність дотримуватися норм професійної етики.

СК11. Здатність до особистісного та професійного самовдосконалення, навчання та саморозвитку.

СК 13. Вміння застосовувати професійні знання в різних галузях психологічної практики, реалізуючи принцип професійної мобільності.

СК 14. Здатність здійснювати психологічний супровід професійної діяльності фахівців різного профілю.

Оволодівши змістом курсу, студент повинен **знати:**

- суть медичного та психологічного підходів у психотерапії;
- предмет, завдання, методи, прийоми роботи психотерапевта;
- основні теоретичні напрямки психотерапії;
- суть та зміст психотерапевтичного втручання;
- критерії ефективності психотерапевтичного втручання;
- професійні установки та зміст роботи психотерапевта;
- професійну етику психотерапевта;
- механізми лікувальної дії психотерапії;
- специфіку здійснення психотерапевтичної бесіди;
- основні напрямки сучасної психотерапії;
- покази та протипокази до психотерапевтичного втручання;
- зміст психотерапевтичних технік ігротерапії.

Студент повинен **вміти:**

- застосовувати на практиці набуті теоретичні знання;
- володіти основними технологіями психотерапевтичної бесіди;
- розпізнавати етимологію захворювання, чи особистісних порушень.

Структура навчальної дисципліни

Показник	Всього годин	
	Денна форма навчання	Заочна (дистанційна) форма навчання
Кількість кредитів/годин	4,5/135	4,5/135
Аудиторні заняття, год.	56	16
Самостійна робота, год.	79	119
Аудиторні заняття		
- лекції, год.	28	10
- лабораторні, год.	-	-
- практичні заняття, год.	28	6
- семінарські, год.	-	-
Самостійна робота		
- підготовка до лабораторних (практичних, семінарських) занять	14	3
- опрацювання окремих розділів програми, які не виносяться на лекції	25	76
- виконання індивідуальних завдань		-
- підготовка та складання заліків, екзаменів, контрольних робіт, рефератів, есе, тестування	40	40
Екзамен		

Частка годин самостійної роботи студента:

- денна форма навчання - 59%;
- заочна (дистанційна) форма навчання - 88%.

Опис навчальної дисципліни

№	Тема заняття та короткий зміст	Кількість годин	
		ДФН	ЗФН
1	2	3	4
	Модуль 1.	14	6
1	«Визначення психотерапії та її теоретичні основи» 1. Суть медичного та психологічного підходів до розуміння психотерапевтичної практики. 2. Системо-утворюючі рівні психотерапії. 3. Основні напрямки психотерапії. 4. Спільні фактори для різних напрямків психотерапії.	2	2
2	«Психолого-аналітичний підхід у трактуванні суті психотерапевтичного втручання» 1. Характеристика типів втручань (інтервенцій). 2. Засоби впливу у психотерапії. 3. Суть особистісного підходу. 4. Покази та проти покази до психотерапевтичного втручання. 5. Основні характеристики клініко-психологічних	2	2

	інтервенцій.		
3	«Індивідуальна та групова форми психотерапії» 1. Індивідуальна психотерапія. 2. Групова психотерапія. 3. Основні завдання, норми групи, цілі групи. 4. Склад групи, групова згуртованість, групова напруженість, формування підгруп. 5. Фази розвитку групи.	2	-
4	«Професійні установки та зміст роботи психотерапевта. Етичні основи психотерапії». 1. Супервізія в роботі психотерапевта. 2. Технології вибору адекватних методів психотерапевтичної інтервенції. 3. Профілактичний, лікувальний, реабілітаційний види роботи психотерапевта. 4. Етичні основи психотерапії. 5. Вимоги до укладення договору з клієнтом.	2	-
5	«Механізми лікувальної дії психотерапії» 1. Основні механізми лікувальної дії психотерапії у відповідності до трьох основних сфер функціонування людини. 2. Основні шляхи дослідження механізмів лікувальної дії групової психотерапії.	2	-

	3.Технології зворотнього зв'язку в психотерапевтичній групі. 4. Технологія корегуючого емоційного досвіду. 5.Механізми лікувальної дії в сімейній психотерапії.		
6	«Методологія застосування прийомів інтерв'ювання клієнта в психотерапії» 1.Рівні взаємодії в психотерапевтичному інтерв'ю. 2.Хорактеристика не конгруентної поведінки клієнта. 3.Базові психологічні професійно важливі якості психотерапевта. 4.Прийоми конгруентної ефективної поведінки психотерапевта.	2	-
7	«Основні прийоми застосування психотехнологій у психотерапевтичній бесіді» 1. Психотехнологія вербалізації проблеми. 2. Психотехнологія слухання. 3. Психотехнологія мовчання. 4. Психотехнологія відображення почуттів. 5. Прийоми роботи з клієнтом. 6. Психотехнологія роботи із проблемами пацієнта. 7.Психотехнологія зведення проблеми до внутрішньо-особистісної.	2	2

	8.Психотехнологія відділення проблем від особистості пацієнта. 9.Психотехнології розширення та інтерпретацій. 10. Психотехнологія поради. 11. Психотехнологія директиви.		
	Модуль 2.	14	4
8	«Ергономіка структури психотерапевтичної бесіди» 1. Психотехнології приєднання до клієнта. 2.Прийоми ситуативного уподібнення. 3.Технологія приєднання до репрезентативної системи клієнта. 4.Прийом приєднання до мовленнєвого психотипу клієнта. 5.Пізнання та розуміння внутрішнього світу, переживань та проблем клієнта. 6.Кристалізації проблеми, або ж виявлення психотерапевтичної мішені основних типи мімічних сигналів. 7.Технологія розпізнавання істинних почуттів співрозмовника. 8.Технології розпізнавання брехні, нещирості клієнта.	2	2

	9. Технологія від'єднання від клієнта.		
9	«Методи налагодження взаємостосунків подружжя засобами сімейної психотерапії» 1. Основні напрямки діагностики сім'ї. 2. Етапи сімейної психотерапії. 3. Вимоги до терапевта, що працює з родиною. Систематизація Ентоні Зіпла. 4. Методи сімейної психотерапії. 5. Стратегічна сімейна терапія. 6. Системна сімейна психотерапія.	2	2
10	«Технології сімейної психотерапії»Ч1. 1. Принципи і стадії процесу сімейної психотерапії на основі різних підходів. 2. Психотерапія наркозалежних (з сім'єю). 3. Принципи залучення резистентних сімей. 4. Сучасні моделі надання допомоги сім'ям з наркозалежним членом.	2	-
11	«Технології сімейної психотерапії»Ч2. 1. Принципи і стадії процесу сімейної психотерапії на основі різних підходів. 2. Психотерапія наркозалежних (з сім'єю). 3. Принципи залучення резистентних сімей.	2	-

	4.Сучасні моделі надання допомоги сім'ям з наркозалежним членом.		
12	«Історія аромотерапії та її застосування в сучасній психотерапевтичній практиці» 1.Дослідження впливу ароматів у древньому Єгипті. 2. Дослідження французького хіміка і парфумера Рене Моріс Гаттефосс. 3.Типи дії аромотерапії. 4. Функції та застосування ефірних олій. 5.Правила безпеки при застоуванні ефірних олій. 6. Способи застосування ефірних олій. 7. Основні принципи застосування методу аромотерапії.	2	-
13	«Теоретико-аналітичний огляд потенціалу застосування психотерапевтичного методу танцювальної терапії» 1. Танець як засіб впливу на психоемоційний стан клієнта. 2. Танцювально-рухова терапія (ТРТ). 3.Танець-мова тіла, форма невербальної взаємодії. 4.Танцювальна терапія соматичні та експресивні аспекти терапії.	2	-
14	«Критерії оцінки ефективності	2	-

	психотерапевтичного втручання». 1.Основні фактори ефективності психотерапії. 2.Вимоги для забезпечення результативності психотерапевтичного втручання. 3.Передумови для забезпечення найбільш об'єктивної системи оцінки ефективності психотерапевтичного втручання.		
Усього годин:		28	10

Практичні заняття

№	Тема заняття	Кількість годин	
		ДФН	ЗФН
1	2	3	4
	Модуль 1.	14	4
1	«Визначення психотерапії та її теоретичні основи» питання 1.Суть медичного та психологічного підходів до розуміння психотерапевтичної практики. 2. Системо-утворюючі рівні психотерапії. 3. Основні напрямки психотерапії. 4. Спільні фактори для різних напрямків психотерапії. 5. Когнітивна терапія.	2	2
2	«Психолого-аналітичний підхід у трактуванні суті психотерапевтичного втручання»	2	2

	1. Характеристика типів втручань (інтервенцій). 2. Засоби впливу у психотерапії. 3. Суть особистісного підходу. 4. Покази та проти покази до психотерапевтичного втручання. 5. Основні характеристики клініко-психологічних інтервенцій. 6. Поведінкова терапія.		
3	«Індивідуальна та групова форми психотерапії» 1. Індивідуальна психотерапія. 2. Групова психотерапія. 3. Основні завдання, норми групи, цілі групи. 4. Склад групи, групова згуртованість, групова напруга, формування підгруп. 5. Фази розвитку групи. 6. Сугестотерапія.	2	-
4	«Професійні установки та зміст роботи психотерапевта. Етичні основи психотерапії» 1. Супервізія в роботі психотерапевта. 2. Технології вибору адекватних методів психотерапевтичної інтервенції. 3. Профілактичний, лікувальний, реабілітаційний види роботи психотерапевта. 4. Етичні основи психотерапії. 5. Вимоги до укладення договору з клієнтом. 6. Аутогенне тренування.	2	-
5	«Механізми лікувальної дії психотерапії» 1. Основні механізми лікувальної дії психотерапії у	2	-

	відповідності до трьох основних сфер функціонування людини. 2. Основні шляхи дослідження механізмів лікувальної дії групової психотерапії. 3. Технології зворотнього зв'язку в психотерапевтичній групі. 4. Технологія корегуючого емоційного досвіду. 5. Механізми лікувальної дії в сімейній психотерапії. 6. Психоаналіз.		
6	«Методологія застосування прийомів інтерв'ювання клієнта в психотерапії» 1. Рівні взаємодії в психотерапевтичному інтерв'ю. 2. Характеристика не конгруентної поведінки клієнта. 3. Базові психологічні професійно важливі якості психотерапевта. 4. Прийоми конгруентної ефективної поведінки психотерапевта. 5. Гештальт-терапія.	2	-
7	«Основні прийоми застосування психотехнологій у психотерапевтичній бесіді» 1. Психотехнологія вербалізації проблеми. 2. Психотехнологія слухання. 3. Психотехнологія мовчання. 4. Психотехнологія відображення почуттів. 5. Прийоми роботи з клієнтом. 6. Психотехнологія роботи із проблемами пацієнта. 7. Психотехнологія зведення проблеми до внутрішньо-особистісної.	2	-

	8. Психотехнологія відділення проблем від особистості пацієнта. 9.Психотехнології розширення та інтерпретацій. 10. Психотехнологія поради. 11. Психотехнологія директиви. 12. Психодрама.		
	Модуль 2.	14	2
8	«Ергономіка структури психотерапевтичної бесіди» 1. Психотехнології приєднання до клієнта. 2.Прийоми ситуативного уподібнення. 3.Технологія приєднання до репрезентативної системи клієнта. 4.Прийом приєднання до мовленнєвого психотипу клієнта. 5.Пізнання та розуміння внутрішнього світу, переживань та проблем клієнта. 6.Кристалізації проблеми, або ж виявлення психотерапевтичної мішені основних типи мімічних сигналів. 7.Технологія розпізнавання істинних почуттів співрозмовника. 8.Технології розпізнавання брехні, нещирості клієнта. 9. Технологія від'єднання від клієнта. 10. Арт-терапія.	2	2
9	«Методи налагодження взаємостосунків подружжя засобами сімейної психотерапії» 1. Основні напрямки діагностики сім'ї. 2.Етапи сімейної психотерапії.	2	-

	3. Вимоги до терапевта, що працює з родиною. Систематизація Ентоні Зіпла. 4.Методи сімейної психотерапії. 5. Стратегічна сімейна терапія. 6. Системна сімейна психотерапія. 7. Арт-терапія в роботі з УБД.		
10	«Технології сімейної психотерапії»Ч.1 1. Принципи психологічного консультування сім'ї. 2. Механізми психологічної корекції сімейних стосунків. 3.Особливості використання методів і прийомів сімейного консультування. 4.Доцільність застосування сімейної психотерапії. 5. Логотерапія.	2	-
11	«Технології сімейної психотерапії»Ч.2 1.Принципи і стадії процесу сімейної психотерапії на основі різних підходів. 2.Психотерапія наркозалежних (з сім'єю). 3. Принципи залучення резистентних сімей. 4.Сучасні моделі надання допомоги сім'ям з наркозалежним членом. 5. НЛП.	2	-
12	«Історія аромотерапії та її застосування в сучасній психотерапевтичній практиці» 1.Дослідження впливу ароматів у древньому Єгипті. 2. Дослідження французького хіміка і парфумера Рене Моріс Гаттефосс. 3.Типи дії аромотерапії. 4. Функції та застосування ефірних олій.	2	-

	5.Правила безпеки при застоуванні ефірних олій. 6. Способи застосування ефірних олій. 7. Основні принципи застосування методу ароматерапії. 8. Транзактний аналіз.		
13	«Теоретико-аналітичний огляд потенціалу застосування психотерапевтичного методу танцювальної терапії» 1. Танець як засіб впливу на психоемоційний стан клієнта. 2. Танцювально-рухова терапія (ТРТ). 3.Танець-мова тіла, форма невербальної взаємодії. 4.Танцювальна терапія соматичні та експресивні аспекти терапії. 5. Гіпноз.	2	-
14	«Критерії оцінки ефективності психотерапевтичного втручання» 1.Основні фактори ефективності психотерапії. В.В.Макаров. 2. Вимоги для забезпечення результативності психотерапевтичного втручання. 3.Передумови для забезпечення найбільш об'єктивної системи оцінки ефективності психотерапевтичного втручання. Б.Д. Карвасарський. 4. Музикотерапія.	2	-
Усього годин:		28	6

Самостійна робота

№	Найменування робіт	Кількість годин	
		ДФН	ЗФН
1	2	3	4
1	Підготовка до практичних занять	14	3
2	Опрацювання окремих питань із тем, які не вносяться на лекції: 1.Когнітивна терапія 2.Поведінкова терапія 3.Сугестотерапія 4.Аутогенне тренування 5.Психоаналіз 6.Гештальт-терапія 7.Психодрама 8.Арт-терапія 9.Арт-терапія в роботі з УБД 10.Логотерапія 11.НЛП 12.Транзактний аналіз 13.Гіпноз 14.Музикотерапія	25	76
3	Підготовка та складання модулів, екзаменів	40	40
	- Модуль №1	10	10
	- Модуль №2	10	10
	- Екзамен	20	20
Усього годин:		79	119

Критерії оцінювання результатів навчання студентів

Форма підсумкового контролю – екзамен

Модуль 1			Модуль 2			Підсумковий контроль		Разом з дисципліни
Аудиторна та самостійна робота			Аудиторна та самостійна Робота					
Теоретичний курс (тестування)	Практична робота		Теоретичний курс (тестування)	Практична робота				
20	14		20	21		25		100
Лекції	Вид робіт	Бал	Лекції	Вид робіт	Бал	Теоретичний курс	10	
Лекція №1	Практичне заняття №1	2	Лекція №8	Практичне заняття №8	2	Практичне завдання	15	
Лекція №2	Практичне заняття №2	2	Лекція №9	Практичне заняття №9	2			
Лекція №3	Практичне заняття №3	2	Лекція №10	Практичне заняття №10	2			
Лекція №4	Практичне заняття №4	2	Лекція №11	Практичне заняття №11	2			
Лекція №5	Практичне заняття №5	2	Лекція №12	Практичне заняття №12	2			
Лекція №6	Практичне заняття №6	2	Лекція №13	Практичне заняття №13	2			
Лекція №7	Практичне заняття №7	2	Лекція №14	Практичне заняття №14	9			

Навчально-методичне забезпечення

Дистанційний курс «Основи психотерапії» (ID 1265)

<https://dl.tntu.edu.ua/tools/index.php>

Опорні конспекти лекцій

Лекція 1. Тема: «Визначення психотерапії та її теоретичні основи»

1. Суть медичного та психологічного підходів до розуміння психотерапевтичної практики.
2. Системо-утворюючі рівні психотерапії.
3. Основні напрямки психотерапії.
4. Спільні фактори для різних напрямків психотерапії.

Психотерапія як самостійна професія в нашій країні тільки починає розвиватися. Наукова психотерапія базується на теоретичних положеннях медицини і психології. Психотерапія як наука має свою теоретичну та методологічну основи, власний категорійний апарат та термінологію що характеризує її як самостійну наукову дисципліну. Проте, різноманітність напрямків та течій, шкіл та методів терапії, що ґрунтуються на різноманітних теоретичних підходах, приводить до того, що на даний час не існує єдиного визначення психотерапії. В науковій літературі їх налічується близько 570. Одні з них чітко ідентифікують психотерапію із медициною, інші акцентують увагу на її психологічних аспектах. Вітчизняні традиції чітко стоять на тому, що психотерапія – це лікування психіки, тобто входить в компетенцію медицини. З 80-тих років до психотерапії стали дотичними психологи, які заявили про свою компетентність у проблемах психодіагностики, психокорекції та терапії (лікування) психіки. Це було прийнятним, оскільки освітня програма підготовки психолога передбачала вивчення медицини та навчальної дисципліни психотерапія.

Проте, в Україні останніми роками все більшого поширення набуває нелегальний бізнес психологічної, психотерапевтичної практики, яку здійснюють особи без відповідної фахової освіти. Будь-яка особа, незалежно

від спеціальності, освіти, навчається на приватних платних курсах, інколи навіть в он-лайн режимі. Керуючись наявністю сертифіката (недержавного взірця), здійснює психологічну, психотерапевтичну практику, проводить платні психологічні тренінги, психологічні ігри, психодіагностику, психокорекцію, надає психологічні, психотерапевтичні консультації. Чим завдають, часто незворотною, шкоду психічному здоров'ю людини.

У відповідності до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008 № 199 Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу усталено визначення суті психологічного та психотерапевтичного впливів, а саме: «Психологічний вплив є вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного переформування або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні.

Психотерапевтичний вплив є застосування методів, спрямованих на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного переформування або сугестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи».

Наказом регламентовано **перелік осіб, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність, а саме:**

1. Психолог - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Психологія» (магістр, спеціаліст).
2. Лікар-психолог - фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст,) за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «медична психологія».
3. Лікар-психотерапевт - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психотерапія».

4. Лікар-психіатр - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психіатрія».

5. Лікар-нарколог - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «наркологія».

6. Лікар-сексопатолог - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «сексопатологія».

«Забороняється застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу особам, які мають дозвіл на заняття народною медициною (цілительством), без вищої психологічної або медичної освіти та відповідної післядипломної освіти».

Якщо особа застосовує методи психологічного і психотерапевтичного впливу, не маючи належної медичної/психологічної освіти, вчинене має розцінюватись як порушення встановлених законодавством вимог (ст. 46-2 КУпАП, ст. 138 КК).

Розв'язанню проблем психотерапевтичної практики присвятили свої дослідження науковці: Л. Ф. Бурлачук, Б. Д. Карвасарский, В.Т.Кондрашенко, В. В. Макаров, В.Э.Франкл, І.М.Чорна та ряд інших. Наукові роботи вчених присвячені дослідженню основ психотерапії, напрямків, методів, прийомів та технік для психотерапевтичної інтервенції: психодіагностики і психокорекції.

Проте, різноманіття сучасних наукових теорій, підходів призвело до дублювання, розмивання авторської ідентичності, відсутності прозорості та чіткості у психотерапевтичних напрямках, відсутності психотерапевтичних протоколів. Недостатньо вивчено процес теоретичної асиміляції в сучасній психотерапії, не окреслено чіткої системи та спільних факторів для різних напрямків психотерапії.

Актуальність визначення та дослідження **спільних факторів психотерапії** визнається більшістю дослідників та практиків в галузі психотерапії. Цьому сприяє: по-перше, пошук загальних базових процесів для всіх напрямків психотерапії; по-друге, все більше визнання того, що різноманітні методи психотерапії можуть мати більше спільного ніж відмінностей; по-третє, констатація приблизно однакової ефективності лікування у віддаленому періоді (безпосередні результати лікування можуть мати суттєві розбіжності) не залежно від форми психотерапії; по-четверте, уявлення про особливу значущість взаємостосунків «психотерапевт-пацієнт» у рамках, практично, всіх психотерапевтичних підходів.

На даний час в Україні паралельно розвивається **дві моделі психотерапевтичної практики**. Згідно з першою моделлю психотерапія являється медичною спеціальністю. Згідно із другою моделлю, психотерапія являється самостійною галуззю науки і до неї дотичними є спеціалісти психологи, які пройшли фахову підготовку для психотерапевтичної практики.

В якості прикладу **медичного підходу** до розуміння психотерапії можна

навести наступні визначення, які обов'язково включають такі поняття як: «лікувальний вплив», «хворий», «здоров'я», «хвороба».

Психотерапія - це:

- система лікувальних впливів на організм людини та через нього на її психіку;
- специфічна ефективна форма медикаментозного впливу на психіку людини з метою забезпечення та збереження її здоров'я;
- процес лікувального впливу на психіку хворого чи групи, хворих, що - передбачає передбачає лікування медикаментозними засобами.

В якості прикладу **психологічного підходу** до розуміння психотерапії являються наступні визначення, що включають такі поняття як:

«міжособистісна взаємодія», «психологічні засоби», «клієнт», «психологічні проблеми і конфлікти», «відношення», «установки», «емоції», «поведінка», «научіння».

Психотерапія – це:

- особливий вид міжособистісної взаємодії, при якій пацієнтам надається психологічна допомога при вирішенні їх проблем психосоматичного характеру;
- вплив на клієнта засобами вербальних методик, з метою допомогти людині у модифікації її поведінки та взаємостосунків, які інтелектуально, соціально, або ж емоційно являються неконструктивними;
- персоналізована техніка, яка являє собою дещо середнє між технікою планових змін у стосунках, почуттях та поведінці людини і пізнавальним процесом, який на відміну від любого іншого ставить людину обличчям до її проблем, внутрішніх конфліктів та протиріч.
- цілеспрямоване впорядкування порушеної соціальної взаємодії клієнта психологічними засобами.

Зауважимо, що у визначеннях, які умовно можна назвати медичними, психотерапія розглядається як форма впливу на організм людини, а через неї на психіку. Тобто підкреслюється об'єкт впливу. Психологічний підхід акцентує увагу не стільки на об'єкті, скільки на засобах впливу.

Психо-

терапія дослівно означає лікування душі (у перекладі з грецької: *psyche*-душа, *terapeia*-лікування). Терміни: фізіотерапія, фармакотерапія вказують на засоби впливу. У різних науковців на синонімічній рівності зустрічаються визначення «психотерапевтичне втручання», «психотерапевтична інтервенція». Лише подальший розвиток психотерапії як науки може внести ясність та чіткість у її визначеннях.

Психотерапія - це система психологічного впливу словом, мімікою, мовчанням, за допомогою психотехнік, що змінюють стан психічних процесів

та соматичних станів; вплив групи, соціально організованого середовища на психіку, а через неї на весь організм людини, або групи людей, з метою лікування,

або профілактики захворювань та психічних станів дезадаптації, покращення здоров'я, чи досягнення інших поставлених завдань. Психотерапевтичний вплив здійснюється на психіку, а через неї на організм людини. Використання психофармакологічних препаратів, дозволяє впливати на організм людини, а через нього на її психіку.

Психотерапевтична практика базується на **системо-утворюючих рівнях**. Із них виділяють три основних: теоретик, практик, професіонал.

Теоретик - психотерапію можна досягнути, читаючи спеціальну літературу, слухаючи лекції спеціалістів.

Практик - можна досягнути під час практики поруч із фахівцем, який розкриватиме секрети своєї майстерності.

Професіонал - можна досягнути лише в результаті постійної психотерапевтичної практики.

Основна мета психотерапії - це виховання гнучкості, вміння знаходити

нові ефективні стратегії поведінки; накопичувати та раціонально використовувати енергетичні ресурси; забезпечувати активність, ентузіазм, оптимізм; зберігати та розвивати здоров'я; профілактика, лікування та розвиток.

Психотерапевтичне втручання - це перш за все, підбір технологій для досягнення поставленої мети. Займаючись психотерапією, психотерапевт прагне змінити відношення людини до реальності. Якщо не можеш змінити реальність, тоді змінюй своє ставлення до неї. Сьогодні важко зустріти людину без проблем психологічного характеру, без прихованих, чи явних

форм психічних розладів різного ступеня складності. Проте, далеко не кожен усвідомлює, чи визнає наявність у себе проблем психологічного характеру, вважаючи себе цілком здоровою людиною.

Психотерапія займається психокорекцією суб'єктивного аспекту людського страждання, проблемою неуспішності в різних сферах соціального життя людини. Досягнення результату та істини у психотерапії - це досягнення мети психотерапії, яка має суб'єктивний та найбільш значущий для людини характер. Важко хвора людина може зовсім не відчувати страждань. В іншому випадку людина може сильно страждати і не виявляти при цьому ніяких розладів здоров'я. В такому випадку найбільш показана психотерапія. У цьому відношенні дуже показовим є ріст числа суїцидів серед зовнішньо благополучних людей. Твердження про благополучність в суспільстві уособлюється із критеріями матеріального благополуччя та соціального статусу. Разом з тим, зовсім не береться до уваги внутрішній суб'єктивний світ людини, її почуття та переживання.

Багато сучасних практик психотерапії більш схожі на ірраціональні дистанційні маніпуляції популістичного характеру, від'єднанні від цілісного психотерапевтичного курсу. Тут більше орбітних дій, аніж послідовної, поетапної психотерапевтичної інтервенції.

Наукова психотерапія передбачає налагодження психологічної доступності з клієнтом; психодіагностику шляхом психоаналізу (інші методи, техніки); виявлення психотерапевтичної мішені, чинників, які призвели до її появи; підготовка до генерального втручання; психотерапевтична інтервенція; психокорекція; реабілітація та закріплення результатів. Самі клієнти приймають участь в операції «без знеболювання» і лише досвідчені фахівці, використовуючи прийоми зміни стану свідомості (інші методи, техніки), полегшують моральні страждання клієнтів під час психотерапії.

Зміни в терапевтичному процесі досягаються нелегко. Ще важче закріпити отримані результати. Крім того, лікування, його успіхи часто негативно оцінюються зовнішнім оточенням пацієнта. В новому стані необхідна

адаптація. Старе оточення або приведе пацієнта до попереднього стану, а тому потребує корекції, або ж ротації.

В.В.Макаров стверджує, що - психотерапія - це процес психологічного впорядкування минулого, теперішнього і майбутнього, досягнення поставленої мети - **досягнення гармонії з собою і світом у теперішньому.**

Гармонія з собою та світом у теперішньому може бути досягнутою лише у випадку повної самореалізації, спокою, досягнення щастя. Її можна сформулювати і як вивільнення потенціалу людини, самоактуалізації, позитивної самореалізації, досягнення аутентичності, людяності. Таке лаконічне і разом з тим широке розуміння психотерапії, сформульоване В.В.Макаровим, цілком адекватне розвитку її різноманітних напрямків.

В сучасній психотерапії теоретичні проблеми набувають особливого значення. З одного боку, значущість теорії обумовлена розповсюдженням в останні роки найрізноманітніших методів психотерапії, що достатньо широко застосовуються у практиці, та при цьому не завжди є науково обґрунтованими. З іншого боку, при обґрунтованості методу певною теоретичною концепцією, остання не завжди в повній мірі усвідомлюється професійними психотерапевтами. Проте, саме теоретичні уявлення, що розкривають зміст понять «норма» та «відхилення», «дефект», «патологія», та визначають характер та специфіку психотерапевтичних впливів, дозволяють здійснювати їх усвідомлено, науково грамотно.

Попри всю різноманітність психотерапевтичних підходів в психотерапії існує **три основних напрямки**: психодинамічний, поведінковий, гуманістичний, або ж дослідний. Відповідно, кожен із психотерапевтичних напрямків характеризується своїм власним підходом до розуміння особистісних порушень, основної домінанти особистісного розвитку та технології психотерапевтичного втручання.

Якщо у рамках **психодинамічного напрямку** основними детермінантами особистісного розвитку та поведінки розглядаються **безсвідомі психічні процеси**, неврози та особистісні розлади трактуються як наслідок конфлікту між безсвідомим та свідомістю.

Психотерапевтичне втручання спрямовується на досягнення усвідомлення цього конфлікту і власного безсвідомого. Цьому завданню власне присв'ячений психоаналітичний метод. Усвідомлення конфлікту досягається за рахунок аналізу, що включає певні процедури вільних асоціацій, символічних проявів безсвідомого, а також опору та переносу. Сама психоаналітична процедура будується таким чином, щоб сприяти прояву безсвідомого. Саме цим визначається зміст процесу психотерапії, ступінь її структурованості, стратегія і тактика психотерапевта, його роль та позиція, рівень активності, інтенсивність та частота сеансів. Можна приймати, або не приймати основні положення психоаналітичної теорії, та не можливо не бачити обґрунтованості кожного кроку психоаналітика конкретними теоретичними уявленнями.

Представники **поведінкового напрямку** основною детермінантою особистісного розвитку розглядають поведінку як єдину психологічну реальність доступну для безпосереднього спостереження. Норма - це адаптивна поведінка, а невротичний симптом, чи особистісні розлади розглядаються як неадаптивна поведінка, що сформувалася у результаті неправильного наuczіння.

Таким чином, **психотерапевтичне втручання спрямовується** на наuczіння, тобто заміну неконструктивних форм поведінки на більш конструктивні, адаптивні (еталонні, нормативні, правильні). Методично наuczіння здійснюється на основі базових теорій, чи моделей наuczіння, що існують в біхевіоризмі (класичне та оперативне обумовлення, наuczіння по моделям, спеціальне наuczіння). Не маючи чітких уявлень про науково-психологічні основи того, чи іншого конкретного методу поведінкової психотерапії не можливо його ефективно застосовувати.

Поведінка психотерапевта в рамках цього підходу строго обумовлена відповідною концепцією.

Представники **гуманістичного, або ж дослідного напрямку** визнають унікальність кожної особистості, а основною детермінантою особистісного розвитку розглядають потребу у самореалізації та самоактуалізації. У самому загальному вигляді невроз являється наслідком нездійсненої самоактуалізації, самореалізації, самоствердження особистості, наслідком блокування цієї потреби, що пов'язана з недостатнім саморозумінням і прийняттям себе, недостатньою цілісністю Я.

У цьому випадку **психотерапевтичне втручання спрямовується** на створення **таких умов, в яких людина** зможе пережити новий **емоційний досвід**, що сприятиме усвідомленню та прийняттю себе та інтеграції.

Необхідність створення умов, в рамках яких людина отримає найкращі можливості для реалізації нового емоційного досвіду, визначає специфічні-особливості поведінки психотерапевта, його роль, позицію, орієнтацію та стиль роботи.

В рамках кожного із трьох основних напрямків існують різні школи, та основні теоретичні підходи являються спільними. Тільки чіткі уявлення про теоретичну основу, на основі якої здійснюється психотерапевтичне втручання, можуть допомогти в оволодінні основними методами та навичками практичної роботи.

Прогрес у психотерапії у наш час проявляється не тільки у розробці нових методів, а і у спробі синтезу концепцій та технічних прийомів, пошуку більш гнучкої інтегративної психотерапевтичної парадигми. Час покаже наскільки можливе створення такої інтегративної моделі. Однією із суттєвих передумов розвитку являється вивчення спільних факторів психотерапії, характерних для різних напрямків, форм та методів.

Вивчення та аналіз процесу психотерапії передбачає аналіз взаємозв'язків між характеристиками пацієнта, психотерапевта і лікувального

методу. Тому, пошук спільних факторів психотерапії також пов'язаний із аналізом того, що відбувається із пацієнтом при використанні самих різноманітних психотерапевтичних підходів, що об'єднує поведінку психотерапевтів у незалежності від їх теоретичної орієнтації, які загальні етапи характерні для психотерапевтичного процесу.

Спільні фактори психотерапії, з точки зору того, що відбувається з пацієнтом:

- 1) аналіз сфери емоційних відносин;
- 2) саморозуміння, що приймається пацієнтом і психотерапевтом;
- 3) інформування;
- 4) зміцнення віри пацієнта у виздоровлення;
- 5) кейс позитивного досвіду;
- 6) емоційне розвантаження.

Перераховані фактори по суті співпадають з механізмами лікувальної дії психотерапії відображають когнітивні (2,3), емоційні (1,4,6), поведінкові(5) процеси, що сприяють успішності психотерапії і представлені у всіх психотерапевтичних системах.

Спільні елементи стилю та стратегії поведінки психотерапевта, не залежно від теоретичної орієнтації:

- 1) цільову орієнтацію на позитивні зміни;
- 2) значущість взаємостосунків «пацієнт-психотерапевт»;
- 3) узгодження принципів «там і тоді» і «тут і тепер», «там і потім».

Спільні фактори для різних напрямків психотерапії з точки зору етапів може розглядатися послідовність, поетапність процесу психо-

терапевтичної дії, послідовна зміна завдань, що найбільш характерно для напрямків, орієнтованих на особистісні зміни, а саме:

- 1) налагодження психологічної доступності (приєднання до репрезентативної зони клієнта, встановлення оптимального контакту, залучення пацієнта до співпраці, створення мотивації до психотерапії);
- 2) з'ясування (розуміння психотерапевтом і в певній мірі пацієнтом) причин та механізмів формування симптомів, виникнення емоційних і поведінкових порушень;
- 3) встановлення «психотерапевтичних мішеней»;
- 4) застосування методів та технік, спрямованих на досягнення змін (когнітивних, емоційних, поведінкових), що приводять у подальшому до редукції первинної (вторинної) симптоматики;
- 5) закріплення досягнутих результатів;
- 6) закінчення курсу психотерапії (від'єднання від клієнта);
- 7) вирішення проблем, пов'язаних із можливою залежністю від психотерапевта (за необхідності).

Література

Чорна І. М. Систематизація спільних факторів для різних напрямків сучасної психотерапії. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том XIV: Методологія і теорія психології*. Випуск 3. Київ – Ніжин. Видавець « ПП Лисенко М.М.». 2020, С. 284-296.

Лекція 2. Тема: Психолого-аналітичний підхід у трактуванні суті психотерапевтичного втручання

1. Характеристика типів втручань (інтервенцій).
2. Засоби впливу у психотерапії.
3. Суть особистісного підходу.
4. Покази та проти покази до психотерапевтичного втручання.
5. Основні характеристики клініко-психологічних інтервенцій.

В науковій літературі психотерапевтичне втручання, або психотерапевтичну інтервенцію вчені визначають як вид (тип, форму) психотерапевтичного впливу, який характеризується певною метою та вибором відповідних їй засобів впливу, методів.

Термін психотерапевтичне втручання може означати конкретний психотерапевтичний прийом (роз'яснення, уточнення, стимуляція, вербалізація, інтерпретація, конфронтація, научіння, тренінг, поради, ін.), а також більш загальну стратегію поведінки психотерапевта, яка тісно пов'язана з теоретичною орієнтацією (перш за все із розумінням природи того чи іншого розладу та метою і завданням психотерапії).

Розкриттю механізмів психотерапевтичного втручання присвячені роботи А. Айхінгера, В. Холла, А. А. Александрова, А. Бека, К. Бремса, Л. Ф. Бурлачука, Б. Д. Карвасарського, В. А. Карвасарського, В. В. Козлова, Н. Д. Лінде, В. В. Макарова, М. Перре, У. Бауманна, С. Л. Соловйова.

Психологія та медицина застосовують різноманітні **види втручань (інтервенцій)**. М. Перре У. Бауман поділяють усі види інтервенцій, що використовуються в медицині, на чотири групи: медикаментозні (фармакотерапія), хірургічні, фізикальні (фізіотерапія) і психологічні (психотерапія). Психологічні інтервенції складають суть психотерапевтичного втручання.

Характеристики (теоретична обґрунтованість, емпірична перевірка і професійні дії) являються суттєвими для розмежування клініко-психологічних інтервенцій та інших впливів, які або базуються на

повсякденній психології, або ж не мають в своїй основі ніяких теорій, а також не підлягають емпіричній перевірці.

Подібних поглядів дотримуються Шмідхен і Бастін. Вони визначають три завдання клініко-психологічної інтервенції у відповідності із різними фазами розвитку психічних розладів: профілактика, терапія і реабілітація [9].

Клініко-психологічна інтервенція, що здійснюється з метою терапії, являється психотерапевтичною інтервенцією і відповідає терміну психотерапія.

Виходячи із поняття **психотерапевтичного втручання** як загальної стратегії поведінки психотерапевта, безпосередньо пов'язаної із теоретичною орієнтацією, виділяється **три основних типи**: психоаналітичний, поведінковий та дослідний (гуманістичний). Кожен з них характеризується власною концепцією здоров'я та хвороби, терапевтичними завданнями, відповідними прийомами та засобами.

В.В. Макаров визначає **три основних типи засобів впливу** у психотерапії.

На першому місці стоїть **слово**, саме воно, згідно традиційних уявлень лежить в основі психотерапії. Одне із найпопулярніших визначень психотерапії в медичній моделі — це лікування за допомогою слова. Та, на жаль, у нас значення вербальної психотерапії надто переоцінюється.

Особливе значення в психотерапії має **міміка** як психотерапевта, так і пацієнта. В нашій культурі дивитись співрозмовнику прямо в обличчя прийнято тільки при особливих умовах. Розглядання обличчя співрозмовника свідчить про близькість, або про виклик, агресію. Тому, мімічні реакції, з одного боку, важливі у пізнанні людини, з іншого — недостатньо вивчені у дослідженнях психіки людини.

Наступним фактором впливу визначається **мовчання**. В умовах, коли психотерапевт і пацієнт об'єднались, підлаштувались один до одного, мовчання набуває особливо важливого психотерапевтичного значення.

Як надзвичайно ефективний **фактор впливу** науковці відзначають спеціально створене **оточуюче середовище**. Середовище постійно впливає на нас. Багато людей, часто безсвідомо, прагнуть повернутися у саме комфортне для себе середовище внутрішньоутробного життя.

Існує ряд спеціальних технологій які спонукають пацієнта подумки повернутися у емоційний стан зародка, який перебуваючи під надійним материнським захистом відчуває спокій і блаженство. З метою досягнення найкращого ефекту пацієнтам пропонується прийняти позу зародка. В сучасній літературі, та наукових публікаціях вислів «поза зародка» уже став алегоричним.

Предметом впливу психотерапії може бути як одна людина, так і ціла група. Слід відрізнити, що групова психотерапія — це не психотерапія в групі, а психотерапія за допомогою впливу групи. При цьому створюється групова психотерапевтична аура, а сама група стає інструментом, що впливає на людину.

Найбільшої популярності в останні роки у нашій країні набули наступні засоби методи психотерапевтичного впливу: трансактний аналіз, нейролінгвістичне програмування, голотропне дихання, гештальттерапія, психодрама, сугестивна психотерапія, арттерапія, портретотерапія, ігротерапія, інш..

Найважливіший методологічний принцип медицини і клінічної психології у психотерапії відображає особистісний підхід. Особистісний підхід — це підхід до хворої людини як до цілісної особистості з врахуванням її багатогранності і всіх індивідуальних особливостей.

В психотерапії науковці розрізняють особистісний та індивідуальний підхід. Останній акцентується на конкретних особливостях, властивих даній людині. Індивідуальний підхід може включати і особистісний (якщо при цьому враховуються особистісні, соматичні характеристики), а може бути і більш обмеженим (у том випадку, коли враховуються тільки окремі особистісні або окремі соматичні особливості).

Особистісний підхід у психотерапії реалізується у трьох основних аспектах:

1. Вивчення особистості пацієнта, закономірності її розвитку і специфіки порушень з метою оптимізації психотерапевтичних дій.
2. Врахування особистісних особливостей при використанні любых психотерапевтичних методів.
3. Орієнтація психотерапевтичного процесу на особистісні зміни.

Перші два аспекта відображені практично у всіх психотерапевтичних напрямках. Третій відноситься до психотерапевтичних напрямків, метою яких є досягнення особистісних змін.

Вивчення особистості хворого, закономірностей її розвитку і специфіки її порушень з метою оптимізації психотерапевтичних впливів. Очевидно, що у психотерапії особистісний підхід реалізується в повній мірі. По суті психотерапія являється інструментом реалізації особистісного підходу. Тому психотерапевтичний вплив передбачає знання лікарем основ клінічної психології, об'єкт вивчення якої — особистість хворого.

Розвиток психотерапії тісно пов'язаний з розробкою вчення про особистість, її механізми, закономірності та розлади її функціонування. Реалізація особистісного підходу у психотерапії передбачає детальне вивчення особистості хворого, особливостей його емоційного реагування, мотивації поведінки, їх трансформації в процесі захворювання. Така інформація необхідна для вирішення завдань патогенетичної та диференціальної діагностики, лікувально — виховної, психотерапевтичної та психокорекційної практики. Вона необхідна також для лікувально-профілактичної роботи в соматичній клініці з урахуванням психосоціальних реакцій на соматичні хвороби та їх наслідки.

Однією із ключових проблем являється **розмежування особливостей особистості і характеристик**, набутих в зв'язку із захворюванням і його розвитком. Інше важливе завдання дослідження особистості хворого полягає у визначенні ролі психологічного компоненту в генезисі різноманітних

захворювань: від великого кола захворювань, в етиопатогенезі яких психологічному фактору належить вирішальна (неврози) або миттєва роль (інші пограничні розлади, психосоматичні захворювання) або в яких психологічний фактор проявляється як реакція особистості на хворобу, що приводить до змін психологічного функціонування індивіда в зв'язку із соматичним розладом.

Врахування особистісних особливостей важливе при застосуванні усіх психотерапевтичних методів. Особистісний підхід являється широким і розповсюджується на всі психотерапевтичні методи, в тому числі і на симптомоорієнтовані, що вирішують тактичні завдання. Це означає, що будь-яке психотерапевтичне втручання (а також сам вибір методів) повинне використовувати особистісні особливості пацієнта і специфіку особистісних порушень, анамнез життя та хвороби, установки та відношення, особливості поведінки та емоційного реагування, симптоматику та ситуації, в яких вона проявляється та посилюється і т.д.. Так, наприклад, в сугестивній психотерапії вибір методик та їх спрямованість залежать від особливостей особистості хворого, його сугестивності та піддатливості гіпнозу, ступеня особистісних змін, пов'язаних із хворобою, відношення хворого до своєї хвороби і т. д..

Орієнтація психотерапевтичного процесу на особистісні зміни це аспект особистісного підходу в психотерапії що відображає спрямованість психотерапевтичної системи на досягнення особистісних змін, а не тільки на редукцію симптоматики. Такі психотерапевтичні школи часто називають особистісно-орієнтованими. Сама назва вказує, що тут поняття особистості є центральним. В особистісно-орієнтованій психотерапії найбільш наглядно реалізується особистісний підхід, а її численні методи та прийоми базуються на різних теоріях та концепціях особистості (наприклад, психоаналітичній, гуманістичній і т.д.).

Необхідно розрізняти особистісний підхід в психотерапії і особистісно-орієнтовану психотерапію в цілому від конкретної психотерапевтичної школи — особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії, яка

являє собою не загальний підхід чи загальну орієнтацію на особистісні зміни, а самостійну психотерапевтичну систему з власною концепцією особистості в особистісних порушеннях.

Застосовуючи психотерапевтичне втручання психотерапевт повинен строго дотримуватися методичних рекомендацій та враховувати **покази та протипокази**.

Враховуючи особливості медичного та психологічного підходів до розуміння суті психотерапевтичної інтервенції, можна стверджувати, що психотерапія показана у тих випадках, коли відсутні чітко виражені протипокази.

Комплексний підхід до лікування різноманітних захворювань, що передбачає наявність у етіопатогенезі трьох факторів (біологічного, психологічного та соціального), обумовлює необхідність корегуючих впливів, які були б адекватні природі кожного фактора. Це означає, що психотерапія як основний, чи додатковий вид терапії може застосовуватися в комплексній системі лікування пацієнтів з самими різноманітними захворюваннями. Проте, питома вага психотерапевтичного впливу, його спрямованість, об'єм та глибина визначається рядом факторів, які розглядаються як покази (індикація) до психотерапії.

Покази до психотерапії визначаються роллю психологічного фактора в етіопатогенезі захворювання, а також можливими наслідками перенесеного раніше, чи протікаючого захворювання.

Найбільш суттєвими показами до психотерапевтичного втручання є роль психологічного фактора у виникненні та протіканні хвороби.

Чим більша питома вага психологічного фактора в етіопатогенезі захворювання, тим більше показана психотерапія і тим більше місце вона займає в системі лікувальних впливів.

Чим більше виражена психогенна природа захворювання (тобто, чим більше зрозумілий зв'язок між ситуацією, особистістю та хворобою), тим більш адекватним і необхідним стає психотерапевтичне втручання.

Узагальнивши теоретичні положення психотерапевтів, клінічних психологів ми визначили основні **покази до психотерапевтичного втручання**:

1. Покази до психотерапії обумовлені можливими наслідками захворювання. Вони можуть бути пов'язані із клінічними, психологічними та соціально-психологічними проблемами.
2. Вторинна невротизація, тобто маніфестація невротичної симптоматики, викликана не первинними психологічними причинами, а психотравмуючою ситуацією, в якості якої виступає основне захворювання.
3. Персональна реакція особистості на хворобу, яка може як сприяти процесу лікування, так і чинити йому перепони (неадекватна реакція на ступінь складності діагнозу). Неадекватна реакція особистості на хворобу потребує додаткової корекції психотерапевтичними методами.
4. Наявність психологічних і соціально-психологічних наслідків. Тяжка хвороба, що змінює звичний образ життя пацієнта, може привести до зміни соціального статусу; неможливості реалізації і задоволення значущих для особистості відносин, установок, потреб, прагнень; змін в сімейній та професійній сферах; звуження кола контактів та інтересів; пониженню працездатності, рівня активності мотиваційних компонентів; невпевненості у собі та зниженню самооцінки; формуванню неадекватних стереотипів емоційного та поведінкового реагування та ін..
5. Динамічна трансформація особистісних особливостей, тобто формування у ході хвороби підвищеної чутливості, тривожності, мнимості, егоцентричності ін., що виникли в процесі тривалого хронічного захворювання і відповідно потребують корегуючих впливів.

Безумовно, що в кожному конкретному випадку покази до психотерапії визначаються не тільки нозологічною належністю, а і індивідуально-психологічними особливостями пацієнта, його мотивацією до участі в психотерапевтичному процесі.

В якості загальних протипоказів для призначення психотерапевтичного втручання як основного або ж єдиного виду лікування можна вважати:

- соматичні захворювання в гострій стадії, хронічні захворювання в стадії загострення;
- гострі інфекційні захворювання до закінчення терміну ізоляції;
- захворювання та стани, що потребують стаціонарного лікування і постійного спеціального догляду;
- венеричні захворювання в гострій стадії;
- хвороби крові та органів кровотворення в гострій стадії загострення;
- злоякісні утворення.

Макаров В.В. умовно розділив типологію протипоказів на три типи:

1. По життєвих показниках необхідне інше, не психотерапевтичне втручання.

Наприклад, у людини висока температура. Спеціаліст психотерапевт може понизити її, піддавши пацієнта гіпнотичному впливові. Та діагностувавши небезпечне і стрімко розвиваюче інфекційне захворювання, провести лікування антибіотиками, сульфаніламидами і таким чином понизити температуру медикаментозним способом. Оскільки у даному, конкретному випадку необхідний медикаментозний, лікарський, а не психотерапевтичний вплив.

Наприклад, у людини, що проживає в «гарячій точці» країни спостерігається фобія нападу, страх за своє життя. За допомогою індивідуального та групового психотерапевтичного впливу можна зменшити цей страх. Та при цьому людина із пониженим почуттям страху небезпеки може стати жертвою нападу, оскільки не спрацюватимуть захисні механізми виживання. Тому, у даному випадку необхідні не психотерапевтичні, а спочатку соціальні міри захисту життя людини.

2. Психотерапія не ефективна.

Наприклад, психотерапія неефективна, коли у тяжкохворої людини не утворюються умовні рефлекси. Скажімо, Вас (психотерапевта) просять

працювати із розумово відсталою людиною. Ви усвідомлюєте, що рівень його психічного розвитку настільки низький, що Ваші зусилля не будуть залишати ніяких слідів у його мозку.

В інших випадках психотерапія неефективна у виконанні конкретних спеціалістів з конкретними клієнтами, пацієнтами. Одні спеціалісти почувають себе неефективними у роботі з дітьми, інші — із людьми похилого віку. У когось гірший результат у роботі із певними розладами. Наприклад, спеціаліст ефективно працює із істеричними порушеннями і неефективно із нав'язливими ідеями і т.д..

3.Психотерапія протипоказана в зв'язку з морально-етичними обмеженнями.

Протипокази в зв'язку із морально-етичними обмеженнями залежать від конкретної школи психотерапії. Відомо, що те, що є цілком недопустимим у одній школі може визнаватись і допускатись представниками іншої психотерапевтичної школи, як найбільш правильний стиль поведінки. Традиційний психоаналітик зобов'язаний дотримуватись нейтральності у стосунках з пацієнтом, тоді, як спеціаліст в галузі гештальт-терапії, особливо поведінкової терапії, під час сеансу активний, емоційний, стимулює пацієнта.

У багатьох школах заборонена психотерапія без зворотного зв'язку, коли терапевт виступає перед аудиторією клієнтів та пацієнтів і кожен з них позбавлений можливості діалогу з ним.

Основні характеристики клініко-психологічних інтервенцій:

- 1.Вибір засобів, методів.
- 2.Функції (розвиток, профілактика, лікування, реабілітація).
- 3.Цілеспрямована орієнтація процесу на досягнення позитивних змін.
- 4.Теоретична база (теоретична психологія).
- 5.Емпірична перевірка.
- 6.Професійні дії, стратегія поведінки психотерапевта.

Методи клініко-психологічних інтервенцій — це психологічні засоби, які обирає психотерапевт. Вони можуть бути вербальними і невербальними, зорієнтованими на когнітивні, чи поведінкові аспекти і реалізуватися у контексті взаємодії між пацієнтом, чи пацієнтами і психотерапевтом.

Типовими психологічними засобами є: бесіда, тренування (вправи) або ж міжособистісні взаємовідносини як фактор впливу.

Функції клініко-психологічних інтервенцій полягають у профілактиці, лікуванні, реабілітації, і розвитку. Клініко-психологічні інтервенції, що виконують функцію лікування (терапії) і частково реабілітації, являються по своїй суті психотерапевтичними інтервенціями.

Завдання клініко-психологічних інтервенцій відображають цілеспрямовану орієнтацію на досягнення певних змін. Клініко-психологічні інтервенції можуть бути спрямовані як на більш загальні, віддалені завдання, так і на конкретні, більш близькі. Завжди психологічні засоби впливу повинні чітко відповідати меті впливу.

Теоретична обґрунтованість клініко-психологічних інтервенцій полягає у її взаємозв'язку із певними психологічними теоріями наукової психології.

Формування адекватних уявлень про психологічні основи психотерапії має важливе значення. Будь-яке психологічне втручання ґрунтується на знаннях про норму і патології. Науково обґрунтована психотерапевтична система також має у своїй основі два попередніх ланки, які розкривають зміст понять «норма» і «патологія». Концепція норми - це уявлення про здорової особистості, тобто психологічна концепція, яка визначає основні детермінанти розвитку і функціонування особистості людини.

Емпірична перевірка клініко-психологічних інтервенцій пов'язана перш за все із вивченням їх ефективності, вона повинна здійснюватися лише професіоналами.

Психотерапевтичний вплив однієї людини на іншу багато хто вважає мистецтвом. Однак не можна протиставляти мистецтво науці, а вроджені здібності психотерапевта - знання і вміння. Щоб стати хорошим

психотерапевтом, мало володіти потрібними особистісними особливостями і вродженими якостями, необхідно також розвивати їх у собі і навчитися користуватися ними.

Література

Чорна І. М. Психолого-аналітичний підхід у трактуванні суті психотерапевтичного втручання. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. С. 187-193.

Лекція 3. Тема: «Індивідуальна та групова форми психотерапії»

1. Індивідуальна психотерапія.
2. Групова психотерапія.
3. Основні завдання, норми групи, цілі групи.
4. Склад групи, групова згуртованість, групова напруга, формування під груп.
5. Фази розвитку групи.

Індивідуальна психотерапія - організаційна форма, в якій в якості основного інструменту лікувального впливу виступає психотерапевт, а психотерапевтичний процес протікає в діаді лікар-пацієнт чи психолог-пацієнт.

Ін

дивідуальна психотерапія розглядається в якості альтернативи груповій (де інструментом психотерапевтичного впливу є психотерапевтична група) колективній і сімейній психотерапії.

Індивідуальна психотерапія проводиться одним психотерапевтом і досить не часто двома (біполярна терапія) чи декількома КОтерапевтами. Досить часто індивідуальна психотерапія є

елементом комплексної терапії в поєднанні з іншими формами психотерапії, фармако, фізіо- і соціотерапією.

Виділяють також:

- ✓ комбіновану психотерапію (поєднує індивідуальну і групову, що проводиться одним терапевтом);
- ✓ поєднану (пацієнт проходить індивідуальну психотерапію і бере участь в сімейній чи груповій психотерапії у іншого психотерапевта).

Фактори лікувального впливу індивідуальної психотерапії:

- ✓ добре ставлення і співробітництво між психотерапевтом і пацієнтом як основа, на якій базується психотерапія;
- ✓ первинне послаблення напруги, що базується на здатності пацієнта обговорювати проблему з особою, від якої сподівається отримати допомогу;
- ✓ пізнавальне навчання за рахунок інформації, що отримана від психотерапевта;
- ✓ оперантна модифікація поведінки хворого за рахунок осуду чи схвалення зі сторони психотерапевта і корекції емоційного досвіду відносин;
- ✓ набування соціальних навичок на прикладі психотерапевта;
- ✓ переконання і навіювання явне чи приховане;
- ✓ використання адаптивних методик при умові емоційної підтримки від психотерапевта.

За термінами проведення:

- а) короткотривала психотерапія (20-40 занять);
- б) довготривала (7-10 і більше років занять по 2-3 рази в тиждень).

Критерії закінчення терапії:

- ✓ послаблення симптомів, які сприймаються як «дивні»;
- ✓ усвідомлення своїх характерних захисних механізмів;
- ✓ приймання і визнання типових для себе реакцій переносу;

✓ використання самоаналізу в якості методу вирішення своїх внутрішніх конфліктів.

Запитання про **завершення лікування** підносить пацієнт, але його може поставити і психотерапевт в результаті аналізу суджень і переживань пацієнта з цього приводу. Дата завершення лікування встановлюється за взаємною згодою психотерапевта і пацієнта.

При проведенні довготривалої терапії треба мати на увазі залежність швидкості покращення стану пацієнта від кількості занять. Стан пацієнта покращується лише до 24 заняття, а потім сповільнюється.

Показниками правильності вибору того чи іншого методу психотерапії є:

- ✓ доказ ефективності методу;
- ✓ припущення, що не суперечать сучасним науковим даним.

Безліч методів не досліджені науково, ефективність їх використання різниться.

Відсутність сучасної наукової оцінки стосується:

- ✓ аналітичної психології Юнга;
- ✓ логотерапії;
- ✓ нейролінгвістичного програмування;
- ✓ трансцендентальної медитації;
- ✓ індивідуальної психології Адлера;
- ✓ трансактного аналізу, а також багатьох інших методів, що використовуються в психотерапії.

Не рекомендується також використовувати:

- ✓ гіпноз як моно-терапію.

Небагаточисленні дослідження свідчать, що ефективною є:

- ✓ гештальт-терапія.

Використання довгострокового психоаналізу дало позитивні результати лише у 40%% пацієнтів, помірні - у 20%%.

Погано піддаються лікуванню психоаналізом фобії і психосоматичні розлади.

Клієнт-центрована психотерапія Роджерса показана для лікування алкоголізму і навіть шизофренії в комбінації з поведінковою психотерапією. Хоча очевидно, що кожна окрема особистість, перебуваючи в групі, отримує менше уваги, ніж під час індивідуального лікування, існує ряд причин, що зумовлюють розвиток і успіх групової психотерапії.

Група суспільство в мініатюрі, що відбиває в собі весь зовнішній світ і надає реальності штучно створеним стосункам. В сім'ї, на роботі чи в групах, які формуються за інтересами, на людей щоденно діють такі фактори, як тиск партнерів, соціальний вплив, конформізм. Ці фактори виявляються в психокорекційних групах, що впливає на погляди і поведінку особистості.

Перша потенційна перевага групи – в кінцевому етапі досвід, що набутий в спеціально створеному середовищі, переноситься на навколишній світ.

Друга потенційна перевага групи – можливість отримати зворотній зв'язок в підтримку інших членів, що мають подібні проблеми чи досвід і здатні допомогти. В процесі взаємодії усвідомлюється цінність інших людей і потреба в них. В дружній і контрольованій обстановці можна засвоювати нові навички, експериментувати з новими стилями поведінки і отримувати "досвід" на спеціально підібраній групі партнерів. Присутність рівноправних партнерів створює відчуття комфорту. У недостатньо впевнених в собі членів групи не виникає почуття, що на них тиснуть, з тим, щоб вони себе проявили. А коли вони починають проявляти себе, то отримують підтримку інших.

Третя потенційна перевага групи – в групі можна бути не лише учасником подій, але і глядачем. Спостерігаючи зі сторони за взаємодією групи можна ідентифікувати себе з активними учасниками і використати результати спостережень для оцінки власних емоцій і вчинків.

Четверта потенційна перевага групи – група сприяє особистісному зростанню. В групі особистість знаходиться в такому положенні, яке примушує до самодослідження. Часто люди знають чого вони хочуть, але заявити про це вголос не можуть, їм потрібна підтримка. Кожна спроба саморозкриття і зміни себе викликає позитивну реакцію зі сторони інших членів групи і, відповідно, підвищує самооцінку.

П'ята потенційна перевага групи, групова форма роботи має економічні переваги. Зазвичай і для терапевта-керівника, і для пацієнта-члена групи не так важко зустрічатися одночасно з шістьма чи десятьма людьми, ніж з кожним окремо.

Психокорекційні групи – тимчасові об'єднання людей, що мають спеціально призначеного керівника і зустрічаються в певний час.

Основні завдання груп – взаємне дослідження, отримання знань про власну особистість, її розвиток і розкриття.

Лакін виділив **шість процесів, які є загальними для психокорекційних груп:**

- а) полегшують вираження емоцій;
- б) створюють почуття належності до колективу;
- в) збуджують до саморозкриття;
- г) ознайомлюють з новими моделями поведінки;
- д) дозволяють побачити особливості особистості окремих членів групи;
- е) сприяють розподілові відповідальності між керівником і учасниками.

Психокорекційні групи поділяють на чотири категорії:

- ✓ групи організаційного розвитку чи вирішення проблем;
- ✓ групи навчання керівників і розвитку міжособистісних навиків;
- ✓ групи особистісного розвитку;

✓ терапевтичні групи.

На практиці завдання цих чотирьох груп перекриваються. **Основними параметрами, за якими можна класифікувати різні типи груп є:**

✓ ступінь, в якій керівник зберігає за собою домінуючу роль в організації групи і в управлінні її роботою;

✓ значення, яке надається емоційному стимулюванню членів групи, в порівнянні із значенням, яке надається спонуканню до роботи групи.

Склад груп В залежності від методологічної орієнтації і функціональної спрямованості роботи в групах їх членами можуть бути відносно пристосовані до життя, емоційно врівноважені студенти, які прагнуть самопізнання і самовдосконалення, а також особи, які потребують допомоги в зв'язку з розладами емоцій чи поведінки.

Здавалося б, для успішного відбору кандидатів важливо виділити такі діагностичні критерії чи властивості особистості, які корелювали би з труднощами. Дослідження показали, що діагностика не є важливою. Найкращим об'єктом більшості впливів, включаючи групову терапію, є особи, що наділені найбільшим душевним здоров'ям. Рівень їх психологічного захисту низький, а здатність вчитися у інших -- висока, тому в групах вони досягають найбільших успіхів. Найкраще підходять для роботи в групі особи з сильною мотивацією і середнім рівнем інтелекту.

Керівник групи може відмовитися від роботи:

✓ з клієнтом, що страждає психозом, або ж таким, що знаходиться в гострій фазі депресії;

✓ з клієнтом, у якого критичні зауваження викликають гнів, тривогу;

✓ з клієнтом, який в стані стресу проектує на інших настільки сильні емоції, що навколишні відчують себе жертвами;

- ✓ з клієнтом, чия самооцінка настільки низька, що їх потреба в підтримці є ненаситна;
- ✓ з клієнтом, що на тривалий час паралізує взаємодію, до якого неможливо достукатися через неправильну поведінку чи тривогу;
- ✓ з клієнтом з незрілою психікою, який нездатний себе контролювати.

Найкращим діагностичним показником потенційної успішності групи є їх поведінка на перших спільних заняттях.

Одним із показників є також популярність особистості в групі. Популярні особистості виявляють підвищену цікавість до людських взаємовідносин і поведінки і демонструють високий ступінь саморозкриття і активності в групі.

Група повинна бути : достатньо великою, щоб забезпечити різноманітність впливів (мінімальна кількість 4 особи); груповий психоаналіз потребує чисельності 7-10 осіб; 8 осіб оптимальна чисельність для психотерапевтичної групи (90 хвилин потрібно для того, щоб надати оптимальну кількість групового часу - 10 хвилин + керівник); достатньо компактною для того, щоб кожен міг почувати себе невід'ємною її частиною.

Існує ще одне запитання чи повинен бути **склад групи однорідним** чи ні? (Мається на увазі демографічні показники - вік, стать, освітній рівень), виявлені проблеми (симптоми, діагнози, скарги), а також склад особистості і манера поведінки.

Вважається, що групи, які розраховані на малі терміни існування чи на отримання емоційної підтримки, повинні бути однорідними в складі учасників, групи, що розраховані на тривалі терміни чи на вироблення розуміння, можуть виграти від неоднорідності.

Більшість спеціалістів відгукуються в користь гетерогенності груп, в склад яких входять особи, що мають скарги на різні проблеми і по-різному ставляться до навколишнього (при вирішенні конфліктних ситуацій і т.п.). Групі, що орієнтована на вирішення певного, вузького завдання (наприклад, агорафобії) потрібен однорідний склад.

Цілі в залежності від типу групи будуть формуватися специфічні.

Коли функції групи полягають у вирішенні проблем, які існують, головне значення має завдання, а не психічне самопочуття людей.

В терапевтичній групі, або **групі особистісного розвитку** головним є душевний комфорт учасників. Мета участі в такій групі – переживання радості і самозадоволення.

В психотерапевтичних групах завдання **пов'язані із самодослідженням і самопізнанням.** Мета учасників позбавитись емоційних проблем і навчитись усувати їх, а також досягнення певних змін у поведінці і психіці. Члени таких груп вважають, що вони недостатньо пристосовані до життя і їх завдання знайти шляхи позбутися своїх страждань і позбавитися від недоліків.

Цілі можуть змінюватися і модифікуватися в кожній групі.

Групові норми – це сукупність правил і вимог, "стандартів" поведінки, що регулюють взаємовідносини між учасниками групи. Групові норми визначають, що допустимо, а що ні, що бажано, а що ні, що правильно, а що невірно. Норми в ході розвитку групи можуть змінюватися, коли виникають нові складні групові ситуації, що вимагають організованої активності групи.

Мірою засвоєння і прийняття учасниками групових норм можуть бути зусилля, що прикладаються для збереження і захисту групи.

Структура групи є одночасно:

- ✓ формальною
- ✓ неформальною

Неформальна структура укладається набагато повільніше від формальної, оскільки визначається міжперсональним вибором. Різні члени групи займають різні позиції в ієрархії популярності та авторитету, влади і престижу, усвідомлюють і виконують різні ролі.

Шиндлер (1957) описав **чотири ролі**, які найчастіше зустрічаються:

Альфа: лідер, який імponує групі, збуджує її до активності, складає програму, надає впевненості і рішучості;

Бета: експерт, що має спеціальні знання, навички, здібності, які вимагаються в групі і високо ціняться. Експерт аналізує ситуацію з різних сторін, його поведінка раціональна, самокритична, нейтральна і безучасна.

Гамма: пасивні члени групи, які легко пристосовуються, зберігають свою анонімність, більшість з них поєднує себе з альфою.

Омега: "крайній член" групи, який відстає від всіх через нездатність відрізнитися.

Є також і інші ролі:

- противник;
- опозиціонер;
- монополіст;
- мученик;
- "любимчик";
- "козел відпущення";
- "нитик" і т.д.

Лідерство в групі тісно пов'язане з проблемами керівництва, залежності, підпорядкування і суперництва. Ставлення до формального лідера різне, залежить від фази формування групи.

Групова згуртованість: привабливість групи для її членів, потреба участі в групі і співробітництва для вирішення завдань, взаємне "притягання" один до одного. Групова згуртованість необхідна. Це аналог психотерапевтичних відносин між пацієнтом і психотерапевтом при індивідуальній психотерапії.

Групова напруга: виникає, коли не співпадають очікування учасників групи з реальною груповою ситуацією, не співпадають наміри особистості, потреби, бажання і позиції з іншими членами групи. Напруга наслідок внутрішньо-групових конфліктів, незадоволеності потреб учасників групи. В цілому напруга в групі відіграє позитивну роль, коли підтримується її оптимальний рівень, а також динамічна рівновага між напругою і згуртованістю.

Фази розвитку групи визначаються змінами в типах взаємодії і взаємовідносин.

Перша фаза: період утворення групи, співпадає з початком лікування і адаптацією пацієнтів до нових вимог. Перша фаза групової психотерапії характеризується пасивною і залежною поведінкою пацієнтів і високим рівнем напруги в групі.

Пацієнти мають різні установки і очікування: реалістичні, песимістичні чи оптимістичні, амбівалентні. Але для всіх характерне перебільшення ролі фармакотерапії і симптоматичного лікування, відсутність уявлень про психотерапію, нерозуміння значення власної активності і очікування від керівника групи директивної поведінки.

Пасивна поведінка керівника викликає напругу і тривогу, що є характерною рисою першої фази.

Іноді появляється період, що має назву псевдо-згуртованість, що являє собою неконструктивну активність пацієнтів і реалізується в **3 основних напрямках:**

✓ "**ми дуже хороші**" коли в групі збираються активні пацієнти з подібним соціальним статусом і інтелектом. Знайомство затягується. "Смакуються" об'єктивні сторони свого захворювання. У всіх бідах винні навколишні.

✓ "**науковість**" група сама висуває концепції, що стосуються теорій стресу і напруги.

✓ "козел відпущення" обирається один пацієнт з групи, що вирізняється своєю поведінкою. Йому пропонуються поради, які, в цілому, нікому не потрібні.

Друга фаза також характеризується високим рівнем напруги, але поведінка пацієнтів стає активною з прихованою агресією до психотерапевта. Розпочинається боротьба за лідерство, місце і положення в групі, загострюються внутрішньо-групові конфлікти, розподіляються ролі. Основна складова цієї фази – наявність агресії до терапевта, що сприймається як непрофесіонал, холодний і бездушний, який немає наміру допомогти. Прояви агресії: багато запитань, вираз сумніву ефективності такого методу лікування. Головні теми розмови під час зустрічей - поведінка психотерапевта. Фаза завершується відкритим виразом почуттів до психотерапевта і наліз їх причин.

Третя фаза процес структурування групи, виділення її норм, цілей і цінностей.

З'являється активність, самостійність, відповідальність кожного члена за самого себе, інших і в цілому. Формується групова згуртованість, спільна діяльність у вишукуванні виходу з ситуації, що склалася.

Четверта фаза, фаза активно працюючої групи.

Згуртованість і зацікавленість учасників, емоційна підтримка, щирість і почуття безпеки створюють можливості для розвитку процесу, що направлені на вирішення завдань терапії. Для цієї фази характерно прийняття рішення, використання досвіду за межами штучно створеної ситуації.

Класифікація методів групової психотерапії:

- групова дискусія;
- психодрама;
- психогімнастика;
- проєктивний рисунок;
- музикотерапія.

Всі методи додатково поділяються на:

- основні;
- додаткові;
- вербальні;
- невербальні.

Групова дискусія є основним. Опірним методом психотерапії. Предметом групової дискусії є:

- обговорення біографії пацієнта;
- обговорення певної теми;
- обговорення міжособистісної взаємодії в групі (інтерацій).

Таким чином, визначається **три основних типи орієнтації групової дискусії**: біографічна, тематична і інтераційна. В різних напрямках групової психотерапії ці орієнтації мають різну питому вагу. Проте в якості ведучої є інтераційна орієнтація, оскільки власне вона визначає специфіку групової психотерапії як методу, що базується на використанні в лікувальних, психотерапевтичних цілях групової динаміки, забезпечуючи реалізацію одного з найважливіших факторів лікувальної дії в рамках цього методу — зворотного зв'язку.

Інтераційна орієнтація спрямована на аналіз особливостей міжособистісної взаємодії в групі і ситуацій, що виникають в ході групового процесу.

Біографічна орієнтація являє собою обговорення історії життя пацієнта, окремих епізодів і подій його біографії, його проблем, конфліктів, відносин, установок, особливостей поведінки протягом життя.

Тематична орієнтація концентрує увагу групи на актуальних для більшості учасників групи темах. В процесі одного сеансу, як правило, можна спостерігати неодноразову зміну орієнтації групової динаміки.

Можна виділити основні опірні точки групової дискусії:

- ✓ знайомство членів групи;
- ✓ обговорення очікувань пацієнтів, їх переживань, пов'язаних з початком роботи групи і взаємодії з іншими учасниками;
- ✓ переживання і обговорення групової напруги;
- ✓ наростання опору і агресії по відношенню до психотерапевта;
- ✓ співставлення цих переживань з минулим життєвим досвідом, усвідомлення істинних почуттів до психотерапевта, розуміння їх причин і переробка групових норм;
- ✓ виявлення проблем, що пов'язані з самостійністю, відповідальністю і активністю;
- ✓ формування адекватного ставлення до хвороби;
- ✓ домінування інтеракційної проблематики.

Психодрама розглядається як метод групової терапії, являє собою рольову гру, в ході якої створюються необхідні умови для спонтанного виразу емоцій, пов'язаних з проблематикою пацієнта.

Психодрама як лікувальний метод була створена і розроблена **Морено** на основі досвіду його театрального експерименту "спонтанного театру", початкова мета якого не була пов'язана з психотерапією, а була пов'язана з розвитком і реалізацією творчого потенціалу людини. Внутрішньо-особисті і міжособистісні зміни, що досягалися учасниками стали основою для подальшого розвитку психодрами, як лікувального методу.

Класична процедура психодрами вимагає наявності наступних учасників:

- Протагоніст - пацієнт, головний виконавець, що викладає свої проблеми.

- Терапевт - організатор рольової гри, що допомагає пацієнтові досліджувати свої проблеми.

Функції терапевта організація психодраматичної дії, простору, створення атмосфери довіри, стимулювання учасників до спонтанності, підготовка протагоніста і всієї групи до рольової гри, виявлення проблем і переживань пацієнта, коментування, включення по ходу дії нових персонажів, організація обговорення емоційного обміну, аналізу і інтерпретації.

- Помічники терапевта – котерапевт і пацієнти, що виконують додаткові ролі і підсилюють функції терапевта. Ця категорія учасників визначається як "додаткові Я".

Функції "додаткових Я" Зіграти роль, яка необхідна протагоністові для реалізації задумки, допомогти зрозуміти як протагоніст сприймає відносини з іншими персонажами, зробити видимими неусвідомлені відносини, направляти у вирішенні проблем і конфліктів, допомогти перейти до реального життя.

- Глядачі – решта членів групи, що не беруть участі в дії, але обговорюють ситуацію після її завершення.

- Сцена – життєвий простір, місце, де розвертається психодраматична дія.

Процес психодрами включає три основні фази:

- ініціальна (підготовча);
- власне психодраматична дія;
- обговорення.

Психогімнастика відноситься до невербальних методів групової психотерапії, в основі якої лежить використання рухової експресії. Психогімнастика – це вираз переживання, емоційних станів, проблем за допомогою руху, міміки і пантоміміки.

Метод допомагає виявити себе без допомоги слів. Заняття з психогімнастики включає три частини:

- підготовчу;
- пантомімічну;
- заключну

Завдання підготовчої частини зменшення напруги учасників групи, зняття страху і заборон, розвиток уваги і чутливості до власної рухової активності і рухової активності інших людей, вкорочення емоційної дистанції між учасниками групи, формування і розвиток здібностей виражати свої почуття, емоційні стани і проблеми без допомоги слів, а також розуміти невербальну поведінку інших людей.

Вправи, які спрямовані на розвиток уваги і чутливості до невербальної поведінки:

"гімнастика з запізненням ";

- передача ритму руху по колу.

Вправи для зменшення напруги:

- мотивована ходьба чи біг;
- рухливі ігри.

Для усунення емоційної дистанції:

"зустріч на мосту ";

передача почуття по колу.

Для розвитку здібності до самовираження:

"розмова через скло ";

"дзеркало ".

Пантомімічна частина психогімнастики найбільш важлива пацієнтам. Пропонуються теми, які розігруються без допомоги слів. Зміст тем не обмежений, зорієнтований як на проблеми окремого пацієнта, так і на проблеми всіх членів групи одночасно, тобто стосуватися міжособистісної взаємодії в групах. Найчастіше використовують наступні:

- а) розігрування ситуацій, що пов'язані з емоційними труднощами (ситуації прохання, обвинувачення, вимоги, сварки, запізнення);
- б) що відносяться до проблем конкретних пацієнтів (яким я є і хотів бути, Я і моя сім'я);
- в) що відбивають загальнолюдські проблеми і конфлікти (усунення труднощів: хвороба, здоров'я, щастя, тривога);
- г) проблеми, що пов'язані з міжособистісною взаємодією (відносини в групі).

Заклучна частина сприяє зняттю напруги вправи з підготовчої частини.

Проективний малюнок Основне завдання: отримання додаткової інформації про проблеми окремих пацієнтів і групи в цілому.

Заняття будується наступним чином: кожен пацієнт отримує листок паперу і кольорові олівці і малює на завдану тему:

- а) минуле, теперішнє і майбутнє пацієнтів (яким я є і хотів би бути, здаюся навколишнім, моя сім'я і робота і т.п.);
- б) загальні поняття (любов, ненависть, хвороба, страх, залежність, відповідальність);
- в) відносини в групі (Я очима групи);

На малювання відводиться 30 хвилин. Далі обговорення малюнків пацієнтів.

Музикотерапія психотерапевтичний метод, що використовує музику в якості лікувального засобу.

Основні напрями лікувальної дії музики:

- емоційна активація в ході вербальної психотерапії;
- розвиток навичок міжособистісного спілкування;
- спрямовування уваги на психо-вегетативні процеси;
- розвиток естетичних потреб. Механізми лікувальної дії:
- катарсис;
- емоційна розрядка;
- регуляція емоційного стану;

- полегшення усвідомлення власних переживань;
- підвищення соціальної адаптивності;
- полегшення формування нових відносин.

Форми музикотерапії:

- активна (відтворення, фантазування, імпровізація за допомогою власного голосу і музичних інструментів);
- рецептивна (сприймання музики з терапевтичною метою).

а) комунікативна (спільне прослуховування музикальних творів з метою підтримки взаємних контактів і довіри);

б) реактивна (спрямована на досягнення катарсису);

в) регулятивна (сприяє зниженню нервово-психічної напруги).

На одному занятті прослуховування проходить 10-15 хв.

Потім проходить обговорення.

Керівництво психотерапевтичною групою.

З точки зору реалізації мети і завдань групової психотерапії головною фігурою психотерапевтичного процесу є груповий психотерапевт.

Він вносить в цей процес свої індивідуальні риси, зумовлені його теоретичною орієнтацією, психотерапевтичними техніками, які використовуються, досвідом, а також особливостями власної особистості.

Питання якому фактору – особистісному чи професійному надається більше значення відповідає розумінню сутності і мети психотерапії, залежить від теоретичної

орієнтації. Коли психотерапевтичний процес специфічний міжособистісний контакт, то важливе значення мають індивідуальні особливості особистості (здатність до емпатії, терплячість і т.п.).

Коли психотерапевтичний процес розглядається як цілеспрямований вплив, то на перший план виходять професійні навички.

Організаційні аспекти групової психотерапії:

- тривалість курсу лікування;

- тривалість окремого сеансу;
- частота занять;
- склад психотерапевтичних груп;
- принцип підбору груп;
- комбінація різних методів психотерапії.

Оптимальним терміном лікування є 2 місяці (8-10 тижнів) при частоті занять 4-5 раз в тиждень, з тривалістю одного сеансу 1.5 години. Таким чином, курс розрахований на 40-50 занять, тобто 60-75 годин.

Кількість членів групи коливається від 3 до 30 осіб. Можливе створення малих груп (10 осіб), середніх (11-20 осіб) і великих (21-30). Найбільш ефективна група в межах від 8 до 20 учасників.

Склад психотерапевтичних груп - однорідний, неоднорідний.

Відкриті групи не мають постійного складу учасників, в міру закінчення лікування одні пацієнти покидають групу, на їх місце в склад групи включають інших пацієнтів. В відкритих групах немає фіксованої тривалості праці.

Закриті групи відрізняються постійністю складу учасників, нові члени в групу не приймаються навіть в тому випадку, коли з якоїсь причини пацієнт вибуває до закінчення терміну лікування. Закриті групи мають фіксовану тривалість роботи.

Використання групової психотерапії

В системі комплексного лікування пацієнтів з наступними захворюваннями:

- ✓ неврози;
- ✓ алкоголізм;
- ✓ наркоманія;
- ✓ психози;
- ✓ психосоматичні захворювання;
- ✓ хронічні соматичні захворювання.

Лекція 4. Тема: «Професійні установки та зміст роботи психотерапевта. Етичні основи психотерапії».

- 1.Супервізія в роботі психотерапевта.
- 2.Технології вибору адекватних методів психотерапевтичної інтервенції.
- 3.Профілактичний, лікувальний, реабілітаційний види роботи психотерапевта.
- 4.Етичні основи психотерапії.
- 5.Вимоги до укладення договору з клієнтом.

Ефективність терапевтичної допомоги, в певній мірі, залежить і від особистісних якостей та установок психотерапевта. За наявності різних напрямків, систем та жанрів психотерапії передбачає достатньо велику варіативність індивідуальних стилів терапевтичної роботи, при цьому, знання терапевтом своїх індивідуальних особливостей, дозволяє ефективно сумістити даного терапевта до певного напрямку терапії.

Ряд спеціалістів-психотерапевтів висловлюють думку про те, що перш ніж приступити до психотерапевтичної практики, психотерапевт повинен на собі апробувати ряд методів, тобто пройти курс психотерапії, зауважимо будучи ймовірно здоровою людиною. Це необхідно не лише для того, щоб краще знати як той, чи інший метод переноситься пацієнтом, розкрити механізми його дії з середини, через відчуття та переживання пацієнта, у ролі якого він знаходитиметься, а тому під час власної практики краще зрозуміє стан пацієнта, що допоможе якісніше добирати методи психотерапевтичного втручання. Основна ідея цього положення полягає у тому, що психотерапевт також людина, якій властиві, у більшій, чи меншій мірі, проблеми психіки, а тому маніпулювати психікою інших людей з метою її оздоровлення повинна лише 100% психічно здорова людина. Така міра слугуватиме гарантом

безпеки пацієнтів від завдання їм шкоди суб'єктивного характеру.

Наприклад, якщо у лікаря стоматолога болить зуб, то це дійсно підвищить рівень його рефлексії, що допоможе йому краще зрозуміти відчуття своїх пацієнтів. Але цей біль заважатиме йому ефективно та якісно надавати допомогу пацієнтам. Тому доцільно спочатку самому отримали необхідну допомогу, вилічитись, одужати, а тоді приступити до практики.

З цього приводу Є.Т. Соколова зауважила, що психотерапія володіє величезним потенційним впливом на особистість, а тому може, як свідчить практика, породжувати "синдром згорання".

Науковці називають це явище "синдром професійного згорання". Тому, продовжує автор, "необхідно враховувати протиріччя професій психотерапевта, передбачати правила безпеки, що гарантуватимуть душевне здоров'я пацієнта та терапевта. Мається на увазі необхідність постійного особистісного та професійного росту, проходження курсів індивідуального консультування, чи психотерапії, **участь у супервізорських та навчальних програмах**, наукових дослідженнях та міждисциплінарних проектах, що дозволять психотерапевту не втрачати зв'язок з науково-практичною спільнотою, постійно знаходитись у взаємодії та співпраці, отримувати зворотній зв'язок та ділитися власними знаннями та майстерністю".

В.Є. Рожнов назвав психотерапевта священиком атеїстичного віку.

У відповідності до сучасної концепції організацій психотерапевтичної допомоги лікар психотерапевт - це спеціаліст із вищою медичною освітою, що отримав підготовку по психіатрії та психотерапії. Психотерапевт поєднує у лікуванні методи психотерапії та психофармакотерапії. Психотерапія на сьогоднішній день є самостійною медичною спеціальністю, тісно пов'язаною із психіатрією. Лікар психотерапевт повинен здійснювати патогенетичне, клінічно та психологічно обґрунтоване лікування широкого кола пацієнтів, що звернулись за психотерапевтичною допомогою. Такий підхід автоматично виключає практику, коли лікар психотерапевт може спеціалізуватись на якомусь одному методі, наприклад, гіпнотерапії, чи арт-

терапії, ін..

Якщо врахувати, що психотерапевт повинен лікувати усіх пацієнтів що проживають на його дільниці, то зрозуміло, що він повинен бути підготовленим для надання ефективної допомоги при найрізноманітніших діагнозах.

Якщо у пацієнта діагностується **невротична реакція**, то після встановлення з ним психотерапевтичного контакту в його лікуванні можуть бути застосовані симптомо-орієнтовані методи (класична гіпнотерапія, еріксоновський гіпноз, нейролінгвістичне програмування, поведінкова психотерапія, психосинтез, ін.).

Для пацієнтів із **затяжними формами неврозів**, при наявності клінічних та особистісних проявів, більш показовим буде включення в індивідуальну психотерапевтичну програму особистісно-орієнтованих методів (особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія, різноманітні види динамічної психотерапії, методи екзистенціально-гуманістичної спрямованості (недирективна психотерапія Роджерса, гештальт-психотерапія, ін.)).

Для пацієнтів із проблемою **невротичного розвитку** рекомендується соціо-орієнтована психотерапія, (сімейний, груповий, поведінковий тренінги).

Для пацієнтів із **деструктивними особистісними змінами** в наслідок перенесеного органічного, чи психічного захворювання рекомендується клінічно обґрунтована суппортивна (підтримуюча) психотерапія.

Лікарю психотерапевту доводиться також надавати допомогу пацієнтам різних вікових груп, в лікуванні яких необхідно використовувати спеціальні варіанти групової психотерапії. Пацієнти мають різний рівень освіти, різні культурологічні особливості і тоді індивідуальна психотерапевтична програма будується із урахуванням цих факторів.

Наприклад, при не достатньо високому рівні інтелектуального розвитку пацієнта, застосування динамічної, чи когнітивної психотерапії буде не

доцільним.

Таким чином, лікар психотерапевт повинен професійно володіти таким спектром підходів та методів, які забезпечать його психотерапевтичну роботу із всіма пацієнтами, що звернулись в поліклініку за допомогою.

Проте, у нас як і в інших цивілізованих країнах поступово розвивається друга модель психотерапії, як самостійної гуманітарної професії, в якій функціонують спеціалісти, для яких базова медична освіта не є обов'язковою, що отримали спеціальну підготовку та практикують у рамках визначених методів терапії.

Лікувальна робота психотерапевта здійснюється по індивідуальному плану. На початкових етапах психотерапевт надає великого значення створенню психотерапевтичного контакту, атмосфери безумовного прийняття та довіри зі сторони пацієнта. Індивідуальна психотерапевтична програма складається із врахуванням необхідності досягнення лікувального ефекту в оптимальні терміни, для чого використовуються методи індивідуальної, сімейної, групової психотерапії, заходи по створенню психотерапевтичного середовища (терапевтичного поля). Проведення окремих психотерапевтичних та соціотерапевтичних заходів лікар психотерапевт доручає іншим співробітникам кабінету, чи іншого психотерапевтичного підрозділу (медичному (клінічному) психологу, спеціалісту по соціальній роботі (соціальному працівнику)).

Для здійснення **реабілітаційної роботи** в психотерапевтичному кабінеті можуть створюватися групи суппортивної (підтримуючої) психотерапії, клуби бувших пацієнтів, здійснюватися періодичні консультації, плануватися та проводитися курси повторного лікування. З метою реабілітації запрошується медичний (клінічний) психолог, який здійснює психологічне консультування, роботу із сім'єю пацієнта та різноманітні види тренінгу. Соціальний працівник за дорученням лікаря психотерапевта здійснює соціально-реабілітаційні заходи (терапію середовищем, терапію зайнятстю, вирішення соціальних проблем пацієнта).

Профілактиці, що передбачав міри по попередженню психічних розладів лікарями психотерапевтами ще, на жаль, не приділяється достатньо уваги. Внаслідок недооцінки цього важливого аспекти психотерапевтичної роботи, він не планується в психотерапевтичних закладах, на нього не передбачається необхідний час. В той час де досвід роботи ряду психотерапевтичних закладів свідчить про високу ефективність використання психологічних та психотерапевтичних методів при здійсненні заходів психопрофілактики.

Етичні основи психотерапії

1. Психіатрія, що розглядається у контексті медицини зобов'язана керуватись принципом Гіппократа "Саме основне — не нашкодь!". Враховуючи пограничний статус психіатрії як міждисциплінарної галузі, де разом із науковими принципами медичної моделі все більшої ваги починають набирати принципи гуманітарних наук зміст Гіпократівського лозунгу розкривається як вимога турботи про благополуччя пацієнта "надати допомогу не завдаючи шкоди та болю" (К.Поуп, В.Васкес). Поміж тим, очевидна відносність даного твердження, адже жодне лікування не обходиться без неприємних процедур, причому навіть безболісні процедури для певного типу людей можуть бути дуже і дуже неприємними і викликати негативні емоції і неприємні переживання.

Отже, лозунг "не нашкодь!" слід трактувати таким чином, що якщо психотерапевт не впевнений у правильності встановленого ним діагнозу, чи адекватності, обраних ним методів лікування, або ж намагається використовувати засоби психотерапевтичного втручання якими володіє не достатньо добре, не досконало, то професійна етика повинна утримати спеціаліста від неправильних дій, запобігти прийняттю необдуманих рішень, які відобразяться на здоров'ї людини, а в кінцевому рахунку, коли мова йде про психотерапевтичну практику на долі людини. Отже, якщо психотерапевт не в змозі, в силу певних обставин, допомогти пацієнту, або ж виконати

професійні дії достатньо якісно, він зобов'язаний в коректній формі, не травмуючи психіки пацієнта, яка і так уже ущемлена, порекомендувати йому спеціаліста, який спеціалізується поданій проблематиці. При цьому пояснити, що причина переадресації, ні в якому разі, не обумовлена тим, що у пацієнта дуже важкий, чи безнадійний випадок, а лише тому, що рекомендований спеціаліст краще володіє методикою, необхідною для даного лікування і зможе надати більш якісну та ефективнішу допомогу. Що він має більший досвід, практику і хороші результати у лікуванні саме за таким діагнозом і т.д.. При цьому психотерапевт повинен усвідомлювати що цей крок аж ніяк не свідчитиме про його некомпетентність. Навпаки, це по-перше, підкреслить високий рівень його професійної етики — добросовісного ставлення до процесу лікування та відповідальність за його результати; по-друге, вселить пацієнту впевненість у те, що він отримає якісну допомогу; по-третє полегшить процес налагодження контакту та довіри між пацієнтом та психотерапевтом (оскільки цього спеціаліста йому порекомендували) що, в цілому, сформує установку на виздоровлення.

Тому, визначаючись, братись, чи ні за лікування кожного конкретного пацієнта, психотерапевт повинен на перше місце ставити інтереси хворої людини, а не свої амбіції. Отже, «якщо не можеш допомогти, то хоча б не нашкодь», — саме так ми трактуємо визначений Гіппократом принцип.

На жаль, тиск зі сторони ринкової політики відчутний у галузі психотерапевтичної практики. Як приклад Є.Т. Соколова коментує стан у сучасній психофармакології, де задовольняючи вимоги споживачів, прагнучи завоювати «свого клієнта», все більше намагаються «підсолодити пілюлю», обгортаючи гіркі лікарства в солодкі оболонки, пропонуючи все більш вишукані засоби «вдосконалення» власного здоров'я. Та віддаючи перевагу лікам, які у кращій упаковці, хворі обирають далеко не якісніше лікарство, а лише красивіше зовні. Адже кращий зовнішній вигляд ліків цілком не означає його вищу якість та ефективність лікувальних характеристик. Так не достатньо ефективні ліки відтягуватимуть тривалість лікування, не даючи

потрібного ефекту. Лікар знову і знову призначатиме нові ліки, які хворий куплятиме в мережі аптек, що забезпечуватиме надприбутки власникам такого, з дозволу сказати, фармакологічного промислу.

Надмірне вживання хімічних препаратів принесе більше шкоди, аніж користі для хворої людини це по — перше, а по — друге, тривале та неефективне лікування підриватиме авторитет лікаря в очах пацієнта, викликатиме недовіру до запропонованого ним методу лікування, по-третє створюватиме хибні уявлення про складність захворювання, та створюватиме фобію щодо можливості одужати.

Отже, керуючись лише прагматичним прагненням матеріального збагачення, чинять непоправиму шкоду процесу лікування, порушуючи свій священний обов'язок допомагати людям.

Існує достатньо прагматична "товарно-ринкова" точка зору, згідно якої терапевт у тій мірі хороший та ефективний, в який він приносить полегшення пацієнту у його стражданнях.

Укладаючи терапевтичний договір, терапевт, на думку Х. Страппа, береться виконати **три основні функції по відношенню до клієнта**:

1. Полегшити його емоційний стан, шляхом розуміння, підтримки, повернення впевненості у собі;
2. Його навчання, включаючи сприяння його просуванню, росту, інсайту та зрілості;
3. Забезпечення його "технічним інструментарієм" зміни власної поведінки, самовдосконалення.

З точки зору продажу психотерапії, як наукової технології, здається що договір складений достатньо грамотно, у всякому разі, чітко та зрозуміло. Мабуть розвиваючи саме це розуміння стосунків між пацієнтом та терапевтом, Х. Страпп додає: "клієнт має право знати, що він отримає завдяки цьому договору, а терапевт, як виробник, чи продавець послуг відповідає перед покупцем (клієнтом) і має певні обов'язки перед ним.

Є.Т. Соколова вважає, що подібний підхід (поряд з іншими), безумовно,

має певне раціональне зерно. Дійсно пацієнт має право на кваліфіковану допомогу психотерапевта, а такий договір начебто її гарантує. Без сумніву, приймаючи пацієнта та заключаючи терапевтичний контракт, пацієнт та терапевт повинні сформулювати зрозумілі пацієнту мету та завдання, з якими він погоджується.

Не викликає сумніву вимога від терапевта ефективності та відповідальності за благополуччя пацієнта. Викликає протест спроба повного ототожнення терапевтичної практики з моделлю "психологічного сервісу", із всіма витікаючими вимогами до терапевта, які зрозумілі кожному працюючому та рефлексуючому свою діяльність терапевту, чи консультанту.

Проаналізуємо тепер проблему із іншого боку, а саме, як розуміти благополуччя пацієнта та ефективність терапевта в його "забезпеченні"?

Скажімо, пацієнту стало краще в наслідок плацебо-ефекту (хорошої реклами, затишного приміщення, м'якої манери спілкування і т.д.).

Етичний принцип не порушено, при тому, що психотерапевт міг ще і не починати працювати. Виникає питання: терапевт дійсно зробив усе, що залежить від нього, як від спеціаліста для пацієнта, чи "грамотно спіймав його на гачок" згідно теорії соціальної маніпуляції? Чи має це відношення до психотерапевтичної етики та чи не суперечить їй? Проте, якщо пацієнт скаржиться на погіршення стану в процесі психотерапії, то згідно принципу "не нашкодь", терапевт зобов'язаний визнати терапевтичне втручання неефективним, або змінити методу лікування, або ж запропонувати консультацію у більш досвідченого спеціаліста, або ж порекомендувати альтернативне лікування. Здавалось би, що все вірно, та це лише зовні. Всім відомо, що психотерапія не може уподібнюватись "хайвею" — абсолютному, миттєвому та вічному благополуччю, терапевтичний процес повний драматичних епізодів у взаємовідносинах трансфера та контрансфера; стан пацієнта то покращується, то погіршується не тільки автономно, а і під впливом динаміки терапевтичних стосунків.

Також до психотерапевта звертається чимала кількість "важких

пацієнтів" з розладами особистості та супутніми психопатологічними синдромами, взагалі проблематичних по відношенню до любого лікування. Безумовно, психотерапевт зобов'язаний використати всі засоби контролю та перевірки своєї діяльності, у тому числі вище названі; та культура суспільства, у тому числі професійної спілки повинна надавати психотерапевту "кредит довіри", що передбачає право особистісної відповідальності за можливий ризик та інциденти, включаючи і терапевтичні невдачі.

Зрозуміло, що розголос невдалих випадків можливий лише при досягненні професійної спілки достатньо високого рівня зрілості та відкритості, чого поки що у нас не досягнуто, та етична і дидактична цінність подібних ситуацій, без сумніву, дуже висока. Як відомо, на помилках вчаться. При цьому Соколова Є.Т. зауважує, що "супервізія може досягнути подібного рівня без завдання шкоди самому терапевту тільки паралельно із процесом реальної гуманізації та толерантності суспільства.

Чи можливо було б у нас (наприклад, як зробила відома американська терапевт, що співпрацювала із О. Кернбергом, Марша Лінехан) опублікувати розгорнутий опис випадку, що закінчився суїцидом та залишитися після цього терапевту живим? Не думаю, так як мені не відома ні одна публікація у нашій професійній пресі з приводу преславutih інтимних стосунків між психотерапевтом та пацієнтом, хоча із потерпілими від них мені, як психотерапевту доводилось мати справу".

Таким чином, проблема етики психотерапевтичної діяльності на сьогоднішній день існує і складає предмет досліджень та дискусій у всьому і світі, де функціонує професія не медичного психотерапевта.

2. Конфіденційність

Принцип дотримання конфіденційності (секретності), передбачав збереження в таємниці, не розголошення інформації, повідомленої пацієнтом, а також автономність його відвідувань терапевта для "третіх осіб". Терапевт, обговорюючи із пацієнтом умови терапії, обіцяє зашифрувати ім'я

пацієнта у своїх записах та протоколах, а також без згоди самого пацієнта не використовувати транскрипти, аудіо- та відеозаписи терапевтичних сесій в наукових публікаціях, чи з метою дослідницької діяльності. Дотримання конфіденційності само по собі слугує сильним терапевтичним засобом відновлення та зміцнення зруйнованих емоційних зв'язків і взаємостосунків із людьми. Впевненість у дотриманні терапевтом принципу конфіденційності вселяє пацієнту довіру, дозволяє бути більш відкритим, сприяє розвитку позитивного переносу, а в якості побічних наслідків веде до зменшення надмірної тривожності, полегшує розвиток "робочого альянсу" з терапевтом. Порухення конфіденційності допускається, якщо воно обумовлюється екстремними умовами (загроза життю людини, високий ризик гетероагресії, інші форми антисоціальної поведінки). Дуже важливо зберігати можливість спільного обговорення із пацієнтом випадків, коли, на думку останнього, його конфіденційність буде порушено.

3. Дотримання професійних рамок, або меж

І з цим принципом терапевт турбується про інтереси пацієнта, дотримуючись меж власної професійної компетенції. Він зобов'язаний пред'явити пацієнту документи, які свідчать про його освіту та кваліфікацію у практикованій галузі психотерапії; інформувати пацієнта про можливі альтернативні методи терапії, або медикаментозного лікування, до яких пацієнт може звернутись, та вони знаходяться поза компетенцією даного терапевта; зобов'язаний переривати терапевтичну практику, якщо його фізичний, чи душевний стан здоров'я заважає терапевтичній практиці.

Реалізація цього етичного принципу передбачає особливу відповідальність психотерапевта за чітку послідовність та збереженість просторово-часових меж терапевтичних сесій. До порушення "межі будуть відноситись нерегулярність та непостійність місця та часу сесій, їх часті, чи хаотичні зміни, перенесення місця сесій із кабінету в неформальну обстановку (в сім'ю, бар, "терапія на прогулянці" і т.д.).

Останнім часом схильні трактувати в дусі "порушення меж" знаки

фамільярного ставлення, що проявляються у вторгненні у терапевтичну бесіду тематики, що стосується особистого життя терапевта, прохання та доручення, з якими терапевт звертається до пацієнта, що виходять за програму терапії. Наприклад, створення реклами терапевту, його методу. Прямим порушенням просторових меж (особистого простору пацієнта) вважається включення в терапію розмовного жанру, тілесного контакту.

В якості прикладу порушення меж часто називають множинність ролей, що часто має місце в навчальних закладах, де терапевт може одночасно являтися і викладачем і науковим дослідником. Хоча подібні структури стосунків, безумовно, накладають відбиток на терапевтичний процес, ускладнюючи його, вони не являються руйнівними; недопустимі терапевтичні взаємостосунки при наявності безпосередньої субординації пацієнта та терапевта.

Грубою терапевтичною помилкою вважається інтимний контакт у рамках терапевтичних стосунків, що оцінюється як сама брутальна форма експлуатації трансферентних стосунків, стосунків залежності і особистості пацієнта. При роботі із пацієнтами із розладами особистості, в житті яких інсцетуозні посягання та сексуальні абуysi могли мати місце із достатньо високим ступенем ймовірності, подібні ексцеси сприймаються як повторні спроби зґвалтування та можуть спровокувати розвиток психічних регресивних епізодів, не виключені, також, і суїцидальні спроби.

Отже, дотримання етичних принципів у психотерапії є обов'язковою та невід'ємною умовою здійснення психотерапевтичної практики.

Функції та загальна структура психологічного контракту.

Функції психологічного контракту .

Структурні розділи психологічного контракту.

ІНФОРМАТИВНА Реквізити та загальні положення: прізвище, ім'я, по батькові, освіта, ліцензія та сертифікати, теоретична база та практичний інструментарій консультанта; прізвище, ім'я, по батькові, вік, освіта, посада клієнта, предмет роботи.

ЕТИЧНО-ПРАВОВА Права, обов'язки, відповідальність сторін: конфіденційність, рівень особистісної відкритості, делегування відповідальності тощо. Межі компетентності психолога: у чому психолог є компетентним та що виходить за межі його компетентності.

ОРГАНІЗАЦІЙНА Оплата праці та графік роботи: оплата послуг психолога, місце зустрічей; необхідний матеріал для роботи; графік та тривалість зустрічей тощо.

ТЕРАПЕВТИЧНА Терапевтична функція представлена в усіх розділах контракту. Це цілі терапії, етапи (терапевтичні плани), відповідальність клієнта й терапевта у процесі психотерапії, можливість співпрацювати з іншими фахівцями.

Взірець

КОНТРАКТ НА НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ

м. Житомир "25" квітня 2004 року

ПСИХОЛОГ: Сидоренко Ольга Миколаївна, приватний психолог-консультант, спеціаліст (спеціальність "Медична психологія", диплом № 3578), сертифікований Європейською асоціацією психодрама-терапії (сертифікат № 167899), що діє на підставі ліцензії Всеукраїнської терапевтичної асоціації (ліцензія № 2376458) з однієї сторони

КЛІЄНТ: Стус Іван Львович, вчитель ЗОШ №43 м. Житомира

1. Загальні положення

1. 1. Предмет контракту. Надання психологічної допомоги Психологом Клієнту (психологічне консультування).

1. 2. Теоретичні засади роботи. Консультант є сертифікованим спеціалістом у галузі психодрама-терапії. У межах означеного терапевтичного напрямку особистість клієнта розглядається як складна рольова система: кожна людина програє певні соматичні, соціальні, психологічні та трансценденційні ролі. Причинами психологічних проблем є порушення рольового розвитку: неефективне виконання тих або інших

ролей. Загальною метою психологічної допомоги є діагностика і корекція неадекватних рольових станів та емоційних реакцій, їх усунення шляхом глибинного самопізнання та розвитку соціальної перцепції.

1. 3. Практичний інструментарій. Консультативна робота є груповою. В основі практичної роботи лежить драматична імпровізація (рольова гра): клієнт у складі групи буде програвати різні ролі, може виступати сценаристом або актором у психологічних виставах. Основними принципами практичної роботи є спонтанність, відкритість та взаємодопомога.

2. Межі компетентності Психолога

2.1. Психолог є компетентним у: проведенні психологічної діагностики; постановці психологічного діагнозу; психологічному консультуванні (наданні психологічних рекомендацій); застосуванні психодрама-терапії у психологічному консультуванні; психологічному інформуванні (наданні психологічних знань).

2.2. За межі компетентності Психолога виходить: робота з психічно хворими та розумово відсталими людьми; застосування гіпнотичних та інших “агресивних” методів впливу на особистість; використання терапевтичних технік, що не належать до психодрама-терапії; використання медикаментозного лікування.

3. Обов’язки, права та відповідальність Психолога

3.1. Психолог зобов’язаний: надавати всю можливу психологічну допомогу Клієнту у вигляді психологічного консультування, психодрама-терапії та психологічного інформування; використовувати апробовані психодіагностичні, консультативні та психотерапевтичні методи.

3.2. Психолог несе відповідальність за: правильність поставленого психологічного діагнозу; правильність, достатність та необхідність психологічних рекомендацій; правильність застосування психотерапевтичних технік; збереження конфіденційності інформації отриманої від клієнта.

3.3. Психолог має право: отримувати інформацію необхідну для

надання психологічної допомоги; консультуватися з іншими фахівцями, зберігаючи конфіденційність особи Клієнта; порушити конфіденційність у випадку, якщо отримана інформація загрожує життю клієнта або інших людей.

4. Обов'язки, права та відповідальність Клієнта.

4.1. Клієнт зобов'язаний надавати Психологу усю необхідну інформацію для проведення ефективного консультування.

4.2. Клієнт несе відповідальність за дотримання порад та рекомендацій Психолога.

4.3. Клієнт має право на: безумовну повагу з боку Психолога-консультанта; особистісну безпеку під час психологічного консультування; невиконання порад та рекомендацій, відмову від психотерапевтичних процедур.

5. Графік роботи та оплата послуг

5.1. Консультативні зустрічі відбуваються два рази на тиждень, у вівторок та п'ятницю, тривалість однієї зустрічі становить 60 хвилин.

5.2. Про перенесення зустрічей сторони повідомляють одна одну за 24 години.

5.3. Платня за послуги є фіксованою і становить 50 гривень за зустріч.

5.4. Клієнт оплачує кожну зустріч окремо, безпосередньо перед нею.

5.5. Якщо клієнт не з'явився на зустріч і не попередив про це психолога у встановлений термін – він має сплатити за зустріч відповідно до встановленого тарифу.

6. Інші умови

6.1. Контракт складено в двох оригінальних примірниках.

6.2. Контракт вступає в силу з моменту підписання і діє до остаточного виконання сторонами зобов'язань.

6.3. Суперечки між сторонами вирішуються в законодавчо встановленому порядку.

6.4. Контракт може бути розірвано за згодою сторін або в

односторонньому порядку за умови невиконання однією зі сторін своїх зобов'язань.

ПСИХОЛОГ:

Сидоренко Ольга Миколаївна, приватний підприємець, зареєстрований за адресою: вул. Миколаївська 12, м. Житомир, 10000 інд. код 2473600066, р/р 26005234830001 в ВРУ КБ Приватбанк, МФО 303440

КЛІЄНТ:

Стус Іван Львович, що проживає за адресою: пров. Крилова 18, м. Житомир

“25” квітня 2025 року

Література

Горбунова В.В. Контракт у практичній психології. Практична психологія та соціальна робота. 2005. № 2. С. 1-5.

Лекція 5. Тема: «Механізми лікувальної дії психотерапії»

1. Основні механізми лікувальної дії психотерапії у відповідності до трьох основних сфер функціонування людини.
2. Основні шляхи дослідження механізмів лікувальної дії групової психотерапії.
3. Технології зворотнього зв'язку в психотерапевтичній групі.
4. Технологія корегуючого емоційного досвіду.
5. Механізми лікувальної дії в сімейній психотерапії.

Основні механізми лікувальної дії психотерапії вчені розглядають у відповідності до **трьох основних сфер** функціонування людини: емоційної (корегуючий емоційний досвід), пізнавальної, або ж когнітивної (конфронтація), поведінкової (научіння).

В процесі індивідуальної психотерапії з **емоційною сферою** пов'язані толерантність, інтерес, симпатія, турбота, переживання сильних емоцій, прояв інтенсивних особистих почуттів. У цій же площині знаходяться віра і надія, які виражають частково усвідомлену можливість досягнення мети і використовуються у всіх видах психотерапії. В якості механізму лікувальної дії вони використовуються при прямих сугестивних навіюваннях. Віра пацієнта в успіх психотерапевтичних дій прямо пропорційно пов'язана із вірою психотерапевта в себе, в ефективність використовуваних методів. Здатність спеціаліста з перших зустрічей «заразити» пацієнта впевненістю є передумовою успіху наступних дій психотерапевта. Віра у ви здоровлення, поява позитивної перспективи, поява надії є нероздільними і спрямовані до стабільної константи особистості. Інформація від хворих з хорошими результатами проведеного лікування підсилює дію цих факторів. Поява перспективи є одним із мотивів продовжувати лікування, долати труднощі.

До **когнітивної сфери** відносяться повідомлення нової інформації, поради та рекомендації, зворотній зв'язок, тестування реальності, ін.. В цю групу входять механізми лікувальної дії, які в значній мірі зменшують рівень невизначеності уявлень пацієнта про своє захворювання, особистісні проблеми, найближчу мету та завдання, що призводить до дистанціювання від значущих переживань, що стали джерелом декомпенсації та знецінення. Відбувається розширення образу Я за рахунок включення в нього раніше заперечуваних аспектів: уявлення про себе, свою поведінку, завдання та способи її реалізації. В деяких видах психотерапії зміни у цій площині являються визначаючими – в раціональній, когнітивній, емоційній, особистісно-орієнтованій (реконструктивній) психотерапії.

До **поведінкової сфери** відносяться: імітаційне наuczіння (уподібнення), десансїбілізація, експериментування із новими формами поведінки, набуття навичок соціалізації. Наuczіння при різних формах психотерапії відбувається прямо через інструкції, рекомендації, команди, поради і опосередковано –

шляхом спостереження, моделювання, явного та неявного використання заохочення і покарання (у формі соціального неприйняття).

Однією із перших спроб вивчення та аналізу механізмів лікувальної дії групової психотерапії були дослідження **Корні та Розенберга**. Науковці виділяють **три основних шляхи дослідження механізмів лікувальної дії групової психотерапії**: опитування пацієнтів, що пройшли курс групової психотерапії; вивчення теоретичних уявлень та досвіду та групових психотерапевтів; проведення експериментальних досліджень, що дозволяють виявити взаємозв'язки між різними системо-утворюючими факторами психотерапевтичного процесу в групі.

Ялом в якості **основних механізмів лікувальної дії групової психотерапії** виділяє наступні:

- 1. Повідомлення інформації:** отримання пацієнтом в ході групової психотерапії різноманітних відомостей про особливості людської поведінки, міжособистісної взаємодії, конфліктів, психічного здоров'я; з'ясування причин виникнення та розвитку порушень; інформація про суть психотерапії та хід психотерапевтичного втручання; інформаційний обмін між учасниками групи. Детальна інформація поступає не стільки дидактично, скільки в процесі спілкування з іншими та ознайомлення із їх проблемами.
- 2. Вселення надії:** поява надії на успіх у лікуванні під впливом покращення стану інших пацієнтів та власних досягнень. Успішні пацієнти слугують іншим у якості позитивної моделі, відкриваючи їм оптимістичні перспективи. Найбільш сильно цей фактор діє у відкритих психотерапевтичних групах.
- 3. Універсальність страждань:** переживання та усвідомлення пацієнтом того, що інші члени групи також мають проблеми, конфлікти, переживання, симптоми. Таке розуміння сприяє подоланню егоцентричної позиції та появі почуття солідарності з іншими, підвищенню самооцінки.
- 4. Альтруїзм:** можливість в процесі групової психотерапії допомагати один одному, робити щось для іншого. Допомагаючи іншим, пацієнт робиться більш впевненим у собі, він усвідомлює, що може бути корисним та

потрібним, починає поважати себе та вірити у власні можливості. Особливо важливі такі переживання для пацієнтів із низькою самооцінкою.

5. Корегуюча рекапітуляція первинної сімейної групи. Аналіз і переосмислення суті та причин проблеми через призму особливостей батьківської сім'ї пацієнта. Пацієнти виявляють в групі проблеми та переживання, що йдуть від батьківської сім'ї, почуття та способи поведінки, характерні для сімейних стосунків із батьками в минулому. При цьому виходять з того, що в групі пацієнт вступає у стосунки, грає ролі, подібні на ті, що були у нього у батьківській сім'ї. Його взаємостосунки із психотерапевтом в певній мірі повторюють, або відтворюють його взаємостосунки із батьками, а стосунки із іншими учасниками групи – стосунки із іншими членами сім'ї (братами, сестрами, інш.).

Наприклад, в дитинстві пацієнт відчував недостатню увагу і любов зі сторони батьків. Ця потреба була фрустраційною і в подальшому його поведінка може бути спрямована на те, щоб отримати цю любов та визнання від оточуючих, навіть за рахунок «дорослих» потреб особистості. В групі такий пацієнт так себе веде, щоб привернути до себе увагу, добитися прихильності, прийняття та розуміння зі сторони психотерапевта.

Аналізуючи особливості його взаємодії з психотерапевтом в групі, можна допомогти пацієнту побачити та зрозуміти, коли раніше і до кого він мав такі почуття і поводив себе подібним чином. Виявлення, аналіз і усвідомлення минулих емоційних стосунків та поведінкових стереотипів, що проявляються в групі, дає можливість їх терапевтичної реконструкції, корекції.

6. Розвиток техніки міжособистісного спілкування: пацієнти в групі мають можливість за рахунок зворотного зв'язку та власних переживань побачити свою неадекватну міжособистісну взаємодію і в ситуації взаємного прийняття змінити її, виробити і закріпити нові, більш конструктивні способи поведінки та спілкування.

7. Імітаційна поведінка: пацієнт може навчатися більш конструктивним способам поведінки за рахунок уподібнення психотерапевту та іншим

успішним членам групи. Найкращим взірцем для уподібнення, безумовно, є психотерапевт і ця обставина накладає певні обмеження на його поведінку, висуває особливі вимоги до його самоконтролю та саморегуляції.

8. Інтерперсональний вплив: цей фактор є найважливішим та найбільш специфічним для групової психотерапії. Якщо всі інші фактори діють у індивідуальній психотерапії, то цей фактор характеризує основні механізми лікувальної дії саме групової психотерапії.

У цьому факторі можна виділити **три основних аспекта:**

8.1.Отримання нової інформації про себе за рахунок зворотнього зв'язку, що призводить до зміни та розширення уявлень про себе, образу Я, тобто конфронтація.

8.2.Можливість виникнення в групі емоційно значущих ситуацій, які були у пацієнта раніше і з якими він в минулому не міг справитися, їх виділення, аналіз, усвідомлення та переробка, тобто корегуючий емоційний досвід.

8.3.Можливість побачити особливості своєї поведінки, її неефективність, а також навчання новим формам поведінки, їх закріплення в процесі групової психотерапії, тобто, навчіння.

9. Єдність групи: привабливість групи для її членів, бажання залишитися в групі, почуття приналежності до неї. Групова єдність розглядається в груповій терапії як фактор, аналогічний стосункам «психотерапевт-пацієнт» в індивідуальній психотерапії.

10. Катарсис: емоційне розвантаження, «очищення», прояв сильних почуттів у групі.

Станіслав Кратохвіл в якості **основних механізмів дії психотерапії** вказував наступні: участь в групі; емоційну підтримку; самодослідження та самоуправління; зворотній зв'язок, або конфронтацію; контроль; корегуючий емоційний досвід; перевірку та навчання новим способам перевірки; отримання інформації та розвиток соціальних навичок.

В якості **основних механізмів лікувальної дії психотерапії** пацієнти називають: усвідомлення (самого себе та інших); переживання в групі

позитивних емоцій (по відношенню до себе, інших членів групи); набуття нових способів поведінки та емоційного реагування (міжособистісної взаємодії і поведінки в емоційно напружених ситуаціях).

При узагальненні **основних механізмів лікувальної дії групової психотерапії** визначених різними авторами та виокремленні пацієнтами, виділяють **три основних механізми**: конфронтація, корегуюче емоційне переживання (корегуючий емоційний досвід), навчіння, що охоплюють три площини змін: когнітивну, емоційну та поведінкову.

Конфронтація, на думку науковців, є домінуючим механізмом лікувальної дії групової психотерапії. Конфронтація тлумачиться як «зіткнення» пацієнта із самим собою, зі своїми проблемами, конфліктами, установками, стосунками, емоційними та поведінковими стереотипами і здійснюється за рахунок зворотного зв'язку між членами групи та групою в цілому. Феномен зворотного зв'язку проявляється у тих ситуаціях, коли об'єкт сприйняття дає можливість отримати від партнера інформацію про те, як він сприймається іншими. Таким чином, зворотній зв'язок для людини є джерелом інформації, та при цьому відрізняється від інтерпретації.

Інтерпретація може бути не адекватною, неточною, викривленою під впливом власної проекції інтерпретатора. На відміну від інтерпретації зворотній зв'язок у строгому його розумінні сам по собі правильний, він є інформацією про те, як реагують інші на поведінку людини. Питання про те, чи може зворотній зв'язок мати елементи інтерпретації однозначної відповіді не знаходить.

В **психотерапевтичній групі**, завдяки зворотному зв'язку, кожен із учасників отримує інформацію про те, які реакції у оточуючих викликає його поведінка, як він сприймається іншими, як вони реагують на його поведінку, як розуміють та інтерпретують його, як його поведінка впливає на інших, в яких випадках його інтерпретація емоційного змісту міжособистісної ситуації виявляється неадекватною і призводить до такої ж неадекватної реакції оточуючих, які, з точки зору інших, мотиви його поведінки, наскільки

його поведінка сприяє досягненню мети, які емоційні та поведінкові стереотипи є характерними для нього, який зв'язок бачать інші між його минулим та актуальним досвідом і поведінкою. Зворотній зв'язок дає можливість учаснику групи зрозуміти та оцінити власну роль в типових для нього міжособистісних конфліктах і тим самим усвідомити власні проблеми, співвідносячи минуле та теперішнє.

Зворотній зв'язок існує і в рамках **індивідуальної психотерапії**, проте тут її зміст дуже вузький. В груповій психотерапії зворотній зв'язок багатоплановий, оскільки здійснюється між кожним членом групи і групою в цілому. Психотерапевтична група надає пацієнту не просто зворотній зв'язок, а і диференційований зворотній зв'язок від усіх учасників групи, які можуть по різному сприймати і розуміти його поведінку і по різному на нього реагувати. Таким чином пацієнт бачить себе у різних проекціях, по-різному трактуючи сторони його особистості. Диференційований зв'язок дає не тільки різнопланову інформацію для вдосконалення само розуміння, а і допомагає пацієнтові навчитися розрізняти власну поведінку. Реакція самого пацієнта на інформацію, що є у зворотному зв'язку, має певний інтерес як для інших учасників групи, так і для самого пацієнта. Вона дає можливість побачити значущі аспекти власної особистості та свої реакції на узгодження образу Я з сприйняттям оточуючих. Переробка та інтеграція зворотного зв'язку в процесі групової психотерапії забезпечує корекцію неадекватних особистісних утворень та сприяє формуванню більш цілісного образу Я.

Розширення (формування) образу Я за рахунок інтеграції змісту зворотного зв'язку являється процесом, характерним не тільки для психотерапії, а і для процесу формування та розвитку людської особистості. Становлення образу Я відбувається в дитини не тільки в умовах певної групи (сім'ї, ровесників, ін.) під дією оцінок оточуючих. Групова психотерапія використовує зворотній зв'язок для корекції неадекватного уявлення про себе та само розуміння загалом.

Для утворення в психотерапевтичній групі **ефективної системи зворотного зв'язку**, необхідна певна атмосфера, що характеризуватиметься взаємним прийняттям, почуттям психологічної безпеки, доброзичливості, взаємної зацікавленості, наявності у пацієнта мотивації участі в роботі психотерапевтичної групи та проявом «розморожування», при якому учасники групи готові і можуть бути щирими, відкритими та відмовитися від привичних способів сприймання і взаємодії, виявивши їх недосконалість.

Зворотній зв'язок в групі більш ефективний, якщо він не відстрочений, тобто надається пацієнту безпосередньо в момент спостереження його поведінки, а не через деякий час, коли ситуація перестає бути актуальною і значущою, або коли уже вступили в дію механізми психологічного захисту. Ефективний зворотній зв'язок являється в більшій мірі описовим, або ж містить, скоріше, емоційні реакції на поведінку учасника групи, ніж інтерпретації, оцінки та критику. Більш ефективним буде також диференційований зворотній зв'язок, що потраплятиме до пацієнта від кількох учасників групи, оскільки вона є для нього більш достовірною і може здійснити на нього більший вплив.

Ефективними **механізмами лікувальної дії психотерапії** вчені визнають **корегуючі емоційні переживання**, або **корегуючий емоційний досвід**.

Емоційна підтримка означає для пацієнта прийняття його групою, визнання його людської цінності, унікальності його внутрішнього світу, готовність розуміти його, впливаючи із нього самого, з його власних переживань, установок та цінностей. Конструктивна переробка змісту зворотного зв'язку, становлення адекватного само розуміння, передбачає прийняття пацієнтом нової інформації, яка часто не відповідає власним уявленням.

Низька самооцінка емоційно негативне відношення до себе утруднюють сприйняття цієї інформації, загострюючи дію психологічних захисних механізмів. Більш позитивна самооцінка, навпаки зменшує рівень психологічної загрози, зменшує опір, робить пацієнта більш відкритим до

нової інформації та нового досвіду. Це означає, що самооцінка та відношення до себе мають надзвичайно важливе значення у становленні адекватного само розуміння і можуть як сприяти, так і чинити перепони цьому процесу. Емоційна підтримка здійснює позитивний, стабілізуючий вплив на самооцінку, підвищує ступінь самоповаги, і таким чином, корегує важливий елемент системи відношень, як відношення до себе.

Реконструкція відношення до себе відбувається, з одного боку, під впливом нового знання про себе, а з другого — через зміну емоційного компонента цього відношення, що забезпечується в основному за рахунок емоційної підтримки. Прийняття пацієнта групою сприяє розвитку співробітництва, полегшує засвоєння пацієнтом групових психотерапевтичних норм, підвищує його активність, відповідальність, створює умови для саморозкриття.

Корегуюче емоційне переживання пов'язане із переживанням пацієнтом свого минулого та актуального групового досвіду. Виникнення в групі різноманітних емоційних ситуацій, які були у пацієнта раніше в реальному житті і з якими він тоді не міг справитися, дозволяє в особливих психотерапевтичних умовах виділити ці переживання, проаналізувати та переосмислити їх, а також виробити більш адекватні форми емоційного реагування. При цьому цілком не обов'язково, щоб ці ситуації були ідентичними за змістом. В даному випадку мова йде скоріше про дублювання емоційних станів, супроводжуючих їх емоцій.

Ще один аспект корегую чого емоційного переживання пов'язаний **проекцією на групову ситуацію емоційного досвіду, отриманого у батьківській сім'ї**. Аналіз цих переживань на основі емоційної взаємодії у психотерапевтичній групі дозволяє пацієнту в значній мірі проаналізувати та вирішити емоційні проблеми, що сягають своїми коренями у дитинство.

Научіння в процесі групової психотерапії здійснюється як прямо так і опосередковано. Група виступає як модель реальної поведінки пацієнта, в якій він проявляє типові для нього поведінкові стереотипи, і таким чином

створює умови для дослідження пацієнтом власної міжособистісної взаємодії, власної поведінки, дозволяє вичленити в ній конструктивні та неконструктивні елементи, що дають задоволення, чи викликають негативні переживання. Групова ситуація являється ситуацією іншої, реальної, емоційно міжособистісної взаємодії, що в значній мірі полегшує відмову від неадекватних стереотипів поведінки та вироблення навичок повноцінного спілкування. Ці зміни підкріплюються в групі. Пацієнт починає відчувати свою здатність до змін, які приносять задоволення йому самому та позитивно сприймаються іншими.

Під **сімейною психотерапією** прийнято розуміти комплекс психотерапевтичних прийомів та методів, спрямованих на лікування пацієнта в сім'ї та за допомогою сім'ї. Сімейна психотерапія являється різновидом групової психотерапії. Тому, різні психотерапевтичні техніки, що застосовуються в роботі із сім'ями, відносяться до прийомів групової психотерапії.

Основними механізмами групової дії сімейної психотерапії вважається емоційна єдність та підтримка, зворотній зв'язок. Якщо емоційний зв'язок виникає через зіставлення індивідуальних цілей членів сім'ї, обмін точками зору, надіями, застереженнями і стійко відслідковується на всіх етапах сімейної психотерапії, то навчання членів сім'ї зворотному зв'язку є успішним після приєднання психотерапевта до сім'ї як до цілісної системи. Здатність сім'ї давати та приймати зворотній зв'язок є свідченням «дозрівання сім'ї» та переходу від приєднання і формулювання психотерапевтичного запиту до етапу реконструкції сімейних стосунків.

В сімейній психотерапії як і в груповій виділяють наступні **механізми лікувальної дії**: емоційна єдність та підтримка; реагування (набуття навичок відповідного адресування та прояву емоцій, особливо негативних); отримання зворотного зв'язку від учасників психотерапії; надання зворотного зв'язку; універсальність; корегуюча рекапітуляція основної сімейної групи; навчіння; ідентифікація; інсайт; альтруїзм.

Найбільш важливими механізмами, які формуються першими і здійснюють найбільш інтенсивний вплив на корекцію дисфункціональних стосунків в сім'ях, визнані чотири перших. В якості механізмів лікувальної дії розглядаються і ряд інших, специфічних для сімейної психотерапії. За останні десятиліття розроблена **технологія приєднання психотерапевта до сім'ї та до окремих її членів**, що суттєво каталізує процес сімейної психотерапії: встановлення конструктивної дистанції; прийом мимезису і синхронізації дихання психотерапевта та заявника проблеми; приєднання до предикативної характеристики мови заявника проблеми та використання у мові предикатів, що відображають репрезентативну систему цього заявника; прийняття психотерапевтом «сімейного міфу» та збереження сімейного статусу «кво», тобто публічного захисту образу та тієї структури сімейних ролей, які демонструє сім'я під час психотерапії. Такі дії психотерапевта сприяють зниженню рівня емоційної напруги, яка є у членів сім'ї, що вперше відважилися на розкриття сімейних таємниць об'єктивному спостерігачеві.

Розроблена технологія психотерапевтичного запиту, що створює умови для резонансу завдань, емоційного реагування учасників психотерапії, внаслідок чого каталізується сам процес сімейної психотерапії.

Використання парадигми сімейного підходу сприяло зміні **ролі сімейного психотерапевта**: із ролі об'єктивного, директивного, приймаючого та віддаленого інтерпретатора він перейшов у роль директивного, емпатичного та віддаленого, проте включеного у контекст сімейних стосунків в якості одного із елементів. Ініціативи психотерапевта адресовані представникам різних підсистем з метою активізації їх діяльності та послаблення активності інших підсистем.

Література

Чорна І. М. Механізм лікувальної дії психотерапії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. С.193-199.

Лекція 6. Тема: «Методологія застосування прийомів інтерв'ювання клієнта в психотерапії»

- 1.Рівні взаємодії в психотерапевтичному інтерв'ю.
- 2.Хорактеристика не конгруентної поведінки клієнта.
- 3.Базові психологічні професійно важливі якості психотерапевта.
- 4.Прийоми конгруентної ефективної поведінки психотерапевта.

В психотерапевтичній практиці, в психіатрії та наркології активно використовуються клінічна бесіда, клініко-психонаталогічне інтерв'ю, патапсихологічне інтерв'ю та психотерапевтичне інтерв'ювання. Психотерапевтичне інтерв'ювання суттєво відрізняється від методу клінічної бесіди, клініко-психонаталогічного та патапсихологічного інтерв'ю. Проте, на практиці мають місце випадки, коли дані методи синонімічно підмінюються, що як наслідок нівелює їх ідентичність та психотерапевтичний ефект. Відбувається неоправдана асиміляція технологічно різних методів.

Проблема психотерапевтичного інтерв'ювання знайшла своє відображення у наукових роботах Р. Г. Абраменко, Л. Ф. Бурлачука, А. Н. Голика, В. Н. Гришко, С. Г. Демченко, Ю. Г. Демянова, И. Л. Добротворского, Б. Д. Карвасарского, В. Т. Кондратенко, В. В. Макарова, С. О. Розенблата, І. М. Чорної.

Методи клінічної бесіди, клініко-психонаталогічного та патапсихологічного інтерв'ю переслідують основну мету: відтворити картину страждань чи хвороби, отримати достовірну та точну інформацію. Проте, переживання пацієнта, його суб'єктивний внутрішній світ, глибинний особистісний рівень залишаються поза увагою спеціаліста.

Мета інтерв'ювання в психотерапії полягає в його терапевтичному ефекті, у виявленні психологічних проблем, їх аналізі та синхронній терапії психічного здоров'я пацієнта. Психотерапевтичне інтерв'ювання — це метод

впливу на психіку клієнта, визначений комплекс психотерапевтичних прийомів, спрямований на досягнення визначеної діагностико-терапевтичної, психокорекційної мети. Ще на стадії психодіагностики, психотерапевт вивчає та уже одночасно впливає на внутрішній суб'єктивний світ пацієнта.

В психотерапевтичному інтерв'юванні виділяють два рівні взаємодії: вербальний та невербальний:

- вербальний рівень – це словесна та інтонаційна взаємодія. За допомогою слів передається інформація. З допомогою інтонації передається відношення до співрозмовника та інформації;
- невербальний рівень здійснюється за допомогою міміки, пози; вегетативних реакцій шкіри (почервоніння, блідості, сухості, вологості, зміни температури, потовиділення, ін.). У міміці людини особливого значення надають виразу очей, вважається, що з їх допомогою передаються без свідомі переживання, розкриваються істинні почуття.

В психотерапевтичному інтерв'юванні важливо ідентифікувати ознаки **неконгруентної поведінки клієнта**. Основною характерною ознакою неконгруентної поведінки є розбіжності та неспівпадання між змістом інформації та інтонації, якою вона повідомляється. Невідповідність між вербальними та невербальними сигналами інтерв'юваного клієнта. Даний тип поведінки може свідчити про: недовіру до психотерапевта; нещирість; намір сховати справжню суть проблеми; необ'єктивну самооцінку; іронічне, цинічне ставлення до повідомлюваної інформації; небажання клієнта щось змінювати, інше. У випадку ідентифікації маркерів не конгруентної поведінки клієнта, психотерапевт має змінити тактику інтерв'ювання клієнта, в іншому випадку психотерапія буде неефективною.

В процесі психотерапевтичного інтерв'ювання психотерапевт торкається поверхневих та глибинних особистісних структур людини. Поверхневі особистісні структури психіки людини – це обставини, факти, події повсякденного життя людини їх актуалізація не викликає особливих психоемоційних переживань у клієнта. Тоді, як глибинні особистісні

структури психіки людини – це життєво важливі обставини, факти, події життя людини, які довільно, чи мимовільно пацієнт намагався забути; як такі, що викликали болісні переживання, через механізм самозахисту психіки, ймовірно, перейшли у підсвідомість, і їх актуалізація може викликати виразні емоційні реакції та інсайти. Психотерапевту важливо вміти розрізняти типи особистісних структур. При роботі із глибинними особистісними структурами бути максимально тактовним, толерантним, коректним, емпатійним і фахово вести інтерв'ювання, усвідомлюючи, що завдає емоційного болю клієнтові. Виважено приймати рішення про доцільність використання даного прийому, ретельно дотримуватися методології.

Для того, щоб досягнути ефективності в інтерв'ю, психотерапевту необхідно добре вивчити себе самого, особливості своїх психічних процесів та можливостей. Частина психічних процесів має довільні сегменти, які підкоряються вольовим зусиллям. На решту можна впливати лише опосередковано.

Науковці вважають, що довільними є: сприйняття, пам'ять, свідомість, мислення, воля, уява, мимовільними є: настрій, почуття, емоції, життєвий тонус, енергетичний потенціал, симпатії та антипатії. У ряді випадків мимовільні процеси вдається зробити довільними. Так, тонус та енергетичний потенціал можуть стати довільними в результаті спеціального тренінгу.

Важливо вміти мобілізувати свої знання, свій життєвий досвід, адже ми знаємо значно більше, ніж усвідомлюємо. Вміння швидко мобілізувати свої психічні процеси, опосередковано вплинути на мимовільні процеси є важливою професійною навичкою психотерапевта.

Психотерапевту необхідно добре знати особливості розвитку власних базових психологічних якостей: інтуїції, емпатії, аперцепції, симпатії, рефлексивності.

Інтуїція – це осягнення істини без логічного обґрунтування, на основі швидкої вибіркової мобілізації попереднього досвіду, шляхом

неусвідомленого його узагальнення.

Інтуїтивний умовивід може випереджувати розвиток тривожності, чи аперцепції. У цих випадках ми говоримо про добре розвинену, швидку інтуїцію. Така інтуїція може давати правильні рішення її важливо використовувати в діагностичному та терапевтичному процесах.

Спеціалісти із добре розвиненою інтуїцією мають більш широкий круг професійних можливостей. Інтуїція може і не проявлятися (мовчазна інтуїція), або ж видавати хибні, дезінформуючі висновки (уражена інтуїція). Коли інтуїція мовчить, спеціаліст залишається позбавленим можливості робити з її допомогою прогностичні висновки, — це збіднює його інструментарій. Спеціаліст, пересвідчившись у тому, що його інтуїція дає хибну інформацію, повинен навчитися відділяти обґрунтовані умовиводи від інтуїтивних, щоб запобігти помилок. Відомо, що частіш за все інтуїція буває уражена тривогою. Чим вище рівень тривоги, тим менше професійних можливостей у спеціаліста. Причому «вільно плаваюча тривога» найбільш небезпечна у цьому відношенні.

Емпатія – це здібність проникати в духовний світ іншої людини. Основна функція емпатії — проникнути та оцінити психічний стан людини. Рівень її розвитку залежить від вроджених здібностей, та може підвищуватись засобами спеціального тренування.

Симпатія – це форма співпереживання. У окремого типу людей рівень симпатії настільки високий, що вони настільки часто та інтенсивно співпереживають, що емоції утруднюють процес мислення, погіршують здатність до формування перспективних гіпотез. Для іншого типу здатність до симпатії суттєво підвищує можливість спеціаліста приєднатися, підлаштуватись до пацієнта, що в цілому покращує загальний результат психотерапевтичного втручання. Для третього ж типу людей характерними є холодність, байдужість, низька здібність до співпереживання.

Психотерапевту важливо знати наскільки є розвиненою його симпатія, які її коливання, наскільки можливо використовувати її ресурси в

терапевтичному процесі не допускаючи професійного виснаження.

Частіш за все у людей, в яких добре розвинена симпатія емпатія розвинена менше. Зокрема, серед жінок частіше спостерігається добре розвинений високий рівень симпатії, тоді як серед мужчин – високий рівень емпатії. Прийнято вважати, що чим краще розвинена симпатія і гірше емпатія, тим більша ймовірність того, що людина буде обдуреною, і введеною в оману.

Яким би рівнем симпатії ви не відрізнялись, ви, як і кожна людина знаходитеся в полоні попереднього досвіду, під його впливом минулого, тобто в аперцепції.

Під **аперцепцією** розуміють залежність психічних процесів в даний момент від минулого досвіду, запасу знань, загального змісту духовного життя, актуального психічного стану. Чим більший життєвий досвід людини та її захопленість почуттями, тим більше вона трактує все нове як уже відоме, знайоме, тобто функціонує по законах аперцепції. Проте, в подіях та явищах оточуючого світу вона бачить лише знайомі, привичні грані. У таких людей відпрацьована спеціальна технологія зведення нового невідомого до звичного старого. Такі люди живуть, керуючись прислів'ям: «все нове – добре забуте старе». Домінуючим у їх психічному житті є Батьківський стан.

Професійна підготовка захопленість професією часто підсилюють аперцепцію. На практиці часто буває так, що психіатр, виявивши окремі симптоми шизофренії, всю поведінку хворого всі його психічні стани, процеси розглядає як шизофренічні. Психотерапевт психодинамічного напрямку у своїх пацієнтів часто виявляє сексуальні проблеми. Спеціаліст екзистанційно-гуманістичного напрямку – проблеми змісту життя. Трансактний аналітик бачить психологічні ігри та життєві сценарії. Такий аперцептивний синдром доволі часто має плачевні наслідки. Зокрема, при такій системній помилці клінічний психотерапевт ризикує призначити неправильний курс медикаментозного лікування.

Для хорошого професіонала, що не байдужий до ефективності своєї

діяльності важливо враховувати особливості власної аперцепції. Саме аперцепція вагомо затримує розвиток, повертає до минулого, ускладнює розвиток перспектив, визнання нового невідомого. Тільки постійний контроль аперцепції дозволяє виходити з під впливу цієї фундаментальної, консервативної властивості психіки.

Не менш важливого якістю психотерапевта, що здійснює психотерапевтичне інтерв'ю є рефлексія.

Рефлексія – це самопізнання людиною власного внутрішнього світу. Воно здійснюється за допомогою самопізнання, що розкриває внутрішню будову та специфіку душевного та духовного світу людини. Процес рефлексії необхідний психотерапевту для особистісного та професійного росту, самовдосконалення. Без якісного усвідомлення того, як він сприймається пацієнтом, неможливо забезпечити якісний процес психотерапевтичного втручання, зокрема забезпечити психологічну довіру пацієнта до психотерапевта.

Науковці виділяють **позитивну та негативну рефлексію**. Позитивна рефлексія дозволяє виділити власні переваги та недоліки, побачити шляхи розвитку переваг та мінімалізації, подолання недоліків. В результаті чого зберігається та укріплюється позитивний образ власної особистості. При негативній рефлексії характеристики, що трактуються як недоліки, зміцнюють низьку самооцінку. Така людина постійно пам'ятає про свої низькі можливості. Вона надто критична до себе, песимістична в оцінці своїх можливостей.

Отже, ефективність психотерапевтичного інтерв'ю в значній мірі залежатиме від того, чи усвідомлює психотерапевт свій духовний та психічний стан; яке враження створюється у співрозмовника, якою є обстановка приміщення в якому проводиться сеанс, інше.

Відпрацювавши власні професійно-необхідні особистісні якості, психотерапевт приступає до відпрацювання власної психотехніки.

Конгруентна, ефективна поведінка терапевта включає: достатній

рівень приєднання до співрозмовника; візуальний контакт; адекватну мову жестів; вербальне та невербальне слідування розповіді пацієнта.

Терапевт сидить по відношенню до пацієнта під кутом 45 градусів. Це саме той кут, який дозволяє співрозмовникам якісно спостерігати один за одним, не викликаючи напруження. Нахил корпусу до співрозмовника, природня, розслаблена поза свідчить про зацікавленість та спокійну впевненість. Такий стан називається «уважна релаксація». В такому стані психотерапевт добре бачить та чує, уважно та повноцінно сприймає всю інформацію, що поступає від співрозмовника.

Вербальна інформація передається із відповідною інтонацією. Інформація забезпечує зміст повідомлення, а інтонація показує як відноситися до неї.

Невербальний рівень взаємодії: міміка, пантоміміка, пози, вегетативні реакції, пульс, частота дихання, запахи, – все це повинно відповідати одне одному, вербальному рівню, чим створювати гармонію конгруентної поведінки психотерапевта.

Під час інтерв'ю психотерапевт продукує одну за одною ряд проміжних гіпотез. Їх призначення – стимулювати мислення, уяву, внутрішню психічну роботу. Пацієнту зміст гіпотез не повідомляється. Конгруентна, ефективна поведінка призводить до того, що психотерапевт повністю занурюється в бесіду, при чому його ресурси використовуються найраціональніше. Сприяти, чи не сприяти ефективній, конгруентній взаємодії можуть ситуації коли співрозмовники однієї статі, близькі за віком, соціальним статусом, чи іншим характеристиками.

В психотерапевтичному інтерв'юванні **застосовують технологію пред'явлення себе клієнту**. Терапевту важливо, перш за все, добре знати себе самого. Адже у кожної людини свій стиль взаємодії із іншими людьми. Ті, що задумуються над, своїми ресурсами, творчими можливостями, особистісним ростом, прагнуть до самовдосконалення і, як правило, починають із себе.

Спеціалісти обмежують свою творчість, не наважуючись ризикувати, відчуючи невпевненість у своїх силах, і як результат – неповна самореалізація, неефективність психотерапевтичних заходів, розчарування, депресія. Найкращим засобом від розчарування та професійного виснаження є особистісний та професійний розвиток. Загалом, спеціалістів можна умовно поділити на тих, які прагнуть до загального впорядкування, відпрацювання усіх деталей, до захищеного, безпечного способу життя, та на тих, які прагнуть до творчості, шукають принципові рішення, готові до імпровізації. Важливе значення для ефективності інтерв'ювання має **прийом саморозкриття психотерапевта**. Прийом саморозкриття полягає у тому, що психотерапевт може коментувати окремі випадки із професійного досвіду, ділитися власними переживаннями, з метою досягнення ефективного рівня приєднання до репрезентативної системи клієнта. Прийом використання висловів за принципом «Я» - конструкцій сприяє досягненню більш близьких стосунків з клієнтом. Дозволяє відрегулювати психоемоційний стан, повірити в реальність вирішення своєї проблеми. Проте, даний прийом необхідно використовувати із особливою обережністю. Він змінює образ психотерапевта в очах пацієнта та може спровокувати перехід площини стосунків з професійних на рівень особистісних, що є не рекомендованим. Розвивається ризик ускладнення здійснення технології від'єднання психотерапевта від клієнта.

В результаті теоретичного аналізу наукової літератури встановлено:

1. Мета клінічної бесіди полягає у отриманні достовірної інформації про клієнта, його психоемоційний стан.
2. Мета психотерапевтичного інтерв'ювання полягає у його терапевтичному ефекті.
3. В психотерапевтичному інтерв'юванні розрізняють: вербальний та невербальний рівні взаємодії; конгруентну та не конгруентну поведінку пацієнта (психотерапевта); особистісні та глибинні структури особистості.
4. Основними факторами ефективності психотерапевтичного інтерв'ювання

є: досконале знання власних психологічних особливостей, базових психологічних якостей; вміння керувати ними; достроково припиняти довготривалі емоційні сигнали та контролювати прояв короточасних; високий рівень розвитку професійно необхідних якостей; високий рівень приєднання до репрезентативної системи клієнта; професійне застосування прийому пред'явлення себе пацієнту, прийому саморозкриття; вміле застосування техніки «Я» - конструкцій.

Література

Чорна І. М. Методологія застосування прийомів інтерв'ювання клієнта в психотерапії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. С. 73-81.

Лекція 7. Тема: Основні прийоми застосування психотехнологій у психотерапевтичній бесіді

1. Психотехнологія вербалізації проблеми.
2. Психотехнологія слухання.
3. Психотехнологія мовчання.
4. Психотехнологія відображення почуттів.
5. Прийоми роботи з клієнтом.
6. Психотехнологія роботи із проблемами пацієнта.
7. Психотехнологія зведення проблеми до внутрішньо-особистісної.
8. Психотехнологія відділення проблем від особистості пацієнта.
9. Психотехнології розширення та інтерпретацій.
10. Психотехнологія поради.
11. Психотехнологія директиви.

В процесі підготовки до психотерапевтичної бесіди психотерапевт

визначає для себе мету та завдання, які мають бути досягнуті та виконані в ході психотерапевтичної бесіди із клієнтом. Мета може бути як діагностична, психокорекційна так і профілактична. Відповідно завдання можуть мати доволі широкий спектр напрямків роботи психотерапевта, в залежності від поставленої мети психотерапевтичної бесіди. Ефективність психотерапевтичної бесіди залежить від ряду суб'єктивних та об'єктивних факторів. Одним із вагомих факторів є вміння психотерапевта адекватно проблематиці підбирати, психологічно коректно та методично грамотно застосовувати прийоми застосування психотехнологій у ході психотерапевтичної бесіди з клієнтом.

Проблемі розкриття змісту, механізмів, технологій та прийомів психотерапевтичної бесіди присвячені праці таких науковців як Л. Ф. Бурлачук, А. Н. Голик, Ю. Г. Демянов, И. Л. Добротворский, Б. Д. Карвасарский, В. Т. Кондратенко, В. В. Макаров, Г. М. Назлоян, К. Роджерс, В. Э. Франкл, І. М. Чорна, інш..

Контент аналіз наукової літератури дає нам підстави зробити висновок про те, що сучасні психологи, психотерапевти, в контексті психотерапевтичної тематики, характеризують лише окремі техніки приділяють ще недостатньо уваги саме комплексним психотехнологіям. Відсутня цілісна система психотехнологій, методологія, покази та рекомендації, застереження для їх застосування в психотерапевтичній бесіді.

Психотехнологія вербалізації проблеми. Процес виговорювання клієнта при правильному застосуванні уже сам по собі має психотерапевтичний ефект. Проговоривши проблематику вголос, вербалізувавши її, клієнт абстрагується від проблеми, наближується до стадії, коли здатен дати їй об'єктивну не гіперболізовану суб'єктивну оцінку. Застосовуючи прийом інтерпретованого повтору вербалізації, в ряді випадків вдається повністю нівелювати та позбавитися проблематики, яка турбувала клієнта та здавалася йому нерозрешимою.

К. Роджерс говорив: «Дуже важливою є для нас людина, яка може нас

вислухати і почути без оцінок, без порад, обговорення та діагностики. Просто слухати та реагувати. Почуття які здавались жахливими, більш не здаються такими, проблеми, які здавались б не вирішуваними, не здаються такими». Інколи для людини важливо, щоб її просто вислухали. Психотерапевт повинен знати цю особливість людської психіки і враховувати її у своїй роботі.

Для психотерапевта професійно необхідною якістю є вміння більше слухати, аніж говорити самому, вміти вислухати всі нарікання, переживання, проблеми, сумніви, ін. клієнта, не перебиваючи його не поспішаючи давати поспішні рекомендації. Вислухавши пацієнта до кінця, проаналізувавши ситуацію, може стати очевидним, що перші враження, висновки були хибними, необґрунтованими і якби вони були озвучені, то ймовірно принесли б немало шкоди.

Психотехнологія слухання. Серед середньостатистичних людей мало хто намагається уважно слухати, спостерігати, намагатись зрозуміти душевний стан співрозмовника. Зазвичай, коли одна людина говорить, інша стихійно задає питання, вставляє репліки та судження, або ж не вербально впливає на розповідаючого. Не дослухавши, або просто проігнорувавши інформацію співрозмовника, нав'язує свою тему. Причиною такої поведінки може бути небажання слухати співрозмовника, вникати в його проблеми, приймати рішення; запобігання емоційним переживанням, або ж просто погане виховання, безтактність. Через це значна частина інформації, що передає співрозмовник, залишається поза увагою. Такий тип поведінки для психотерапевта є неприйнятним та свідчить про його низький професійний рівень.

Існує правило: «Якщо хочеш знати, — то мовчи і слухай, а якщо хочеш щоб про тебе знали — то говори, але при цьому ти так нічого і не визнаєш про співрозмовника». Відповідно у технології слухання застосовують прийоми активного вислуховування. Мімічні реакції, пози, жести яскраво та доступно відображають емоційне ставлення співрозмовника до висловленої

інформації. Для психотерапевта важливо вміти застосовувати на практиці прийоми технології body language (мова тіла).

Психотехнологія мовчання. За звичайних умов люди, як правило, під час пауз у розмові, намагаються чимось їх заповнити, відчуваючи незручність за своє мовчання. Проте, в процесі бесіди тишина та мовчання завжди наповнені змістом. В цей час ніщо не відволікає співрозмовників від можливості почути один одного, усвідомити нову інформацію. Тишина та мовчання під час бесіди можуть мати різний зміст та значення.

Мовчання на початку бесіди концентрує увагу на співрозмовнику та налаштовує увагу на початок бесіди. Проте, надто довга голосова пауза створює напруження, викликає негативні емоції, пересторогу, тривожність. Психотерапевт повинен вміло використовувати прийом тримання паузи на даному етапі психотерапевтичної бесіди.

Мовчання в середині бесіди дає змогу співрозмовникам проаналізувати сказане, почуте, пригадати, чи все сказано, чи все запитано.

Коли приймається рішення про продовження бесіди, мовчання дозволяє поповнити ресурси. Пацієнти часто повідомляють ті факти, які намагалися окрити, або ж витіснили із свідомості. Прийом тримання паузи на даному етапі використовується після того, як психотерапевт повідомив нову, емоційно дисонуючу інформацію, надаючи можливість клієнту її усвідомити, проаналізувати, прийняти.

Мовчання в кінці бесіди дає змогу клієнту пригадати, підсумувати сказане та почуте, зробити відповідні висновки, прийняти для себе рішення. На цьому етапі доцільно застосувати прийоми емоційної стабілізації клієнта.

Застереження: застосовуючи прийом тримання паузи (на всіх етапах бесіди), важливо враховувати рівень інтелекту та тип темпераменту клієнта. У роботі із клієнтами з флегматично-меланхолійним та меланхолійно-флегматичним типом темпераменту показано застосування більш тривалого часу паузи. У роботі із клієнтами з сангвінічно-холеричним та холерично-сангвінічним типом темпераменту доцільно не затягувати час, оскільки це

може викликати роздратування, типологічний дисонанс.

Мова мовчання функціонує на кількох рівнях:

На першому враховуються зовнішні маркери взаємодії: місце, час, зовнішній вигляд співрозмовників.

Другий рівень забезпечується інформаційним потоком, — невербальною комунікацією, за допомогою міміки, пантоміміки, пози, вегетативних реакцій. Невербальна комунікація модифікує зміст та розставляє акценти вербального спілкування.

Третій рівень полягає в тому, що кожна людина оперує своїм варіантом інтерпретації невербальної комунікації та свідомо, чи несвідомо вдається до нього.

Мовчання робить бесіду не тільки закінченою, а і надає їй більш глибокого змісту. Пауза може бути заповненою сподіванням, тривогою, почуттям, іншими переживаннями, мисленням.

Мовчання це необхідна та дуже інформаційна частина взаємодії людей під час бесіди. Проте, мовчання не завжди дозволяє позбутися негативних емоцій, для цього існує спеціальна психотехнологія відображення почуттів.

Психотехнологія відображення почуттів. Негативні почуття, емоції виникають та дезорганізують людину, не даючи можливості повноцінно функціонувати у соціумі. В окремих випадках навіть здатні викликати психотравму. Тому одним із найважливіших завдань психотерапевтичної бесіди є потреба допомогти співрозмовнику виразити негативні почуття, емоції, відкоригувати їх, дати їм вихід.

Досить ефективним у психотерапевтичній практиці є **прийом психоемоційної розрядки, або ж психоемоційної провокації**. При певній категорії показів психотерапевт вдається до маніпуляцій із глибинними особистісними структурами психіки клієнта, провокуючи його на прояв та вихід емоцій, — психоемоційну розрядку. Прояв задушених, зажатих, непротрансльованих емоцій дає вражаючий психотерапевтичний ефект, проте потребує високого рівня професійної майстерності психотерапевта,

методологічної точності у виконанні прийому психоемоційної провокації.

Застереження: особливо важливим є виведення клієнта із стану емоційного піку, сприяння повному виходу негативних емоцій; контроль рівня больового порогу, із врахуванням фізіологічного стану здоров'я; стабілізація його психоемоційного стану; модифікація нових реалій, сприяння їх сприйняттю та усвідомленню; визначення подальших життєвих перспектив.

Чим багатший словниковий запас психотерапевта, тим краще, повніше він зможе відображати почуття співрозмовника. Закликаючи співрозмовника, говорити про почуття, психотерапевт повинен дотримуватися певних прийомів отримання діагностично-значущої інформації. Запитуючи про почуття, психотерапевт чує від пацієнта інформацію про події, і лише іноді про емоційне ставлення до них.

Прийом вербалізації почуттів. Психотерапевт може використовувати словесні конструкції, що сприяють вираженню почуттів: «Мені здається, що Ви відчуваєте...». Можна, також добавляти слова та звороти, що виражають почуття, немов би підказуючи їх співрозмовнику. Наприклад: «Ви сердитися, коли Ваша дружина...», «Ви впадаєте у відчай, коли вона...». Наприклад, запитуючи у клієнта про почуття в контексті повідомленої інформації, що були викликані тими, чи іншими подіями. Запитання формулюються прямо: «Що Ви тоді відчули?», «Що вона (він) відчували у той момент?», «Що Ви тепер відчуваєте по відношенню до...?».

Прийом візуалізації почуттів засобами проєктивних методик.

Прийом саморозкриття із властивою емоційністю, щирістю, спонтанністю. Деякі, значущі для пацієнта слова, звороти можна вимовляти з особливою емоційністю, тим самим стимулюючи прояв емоцій (позитивних-негативних) у співрозмовника, коригуючи його психоемоційний стан з відповідною психотерапевтичною метою.

При правильному використанні має відповідний ефект прийом **репрезентативного саморозкриття**. Коректне розкриття досвіду та почуттів

психотерапевтом, в окремих випадках, підсилює довіру, сприяє процесу приєднання до репрезентативної системи клієнта, емоційному самовираженню співрозмовника.

Прийом документального підтвердження своєї кваліфікації (демонстрація свідоцтв, сертифікатів і тд.) втратив свій ефект і розцінюється як хизування, не впевненість у власному професіоналізмі, яка компенсується візуальною підміною. Клієнт схильний самостійно оцінювати рівень кваліфікації психотерапевта за результатом психотерапевтичного курсу, а не за кількістю сертифікатів на стіні.

Застереження: довгі розповіді психотерапевта про себе, про свою професійну досконалість, кількість сертифікатів і тд. для освічених людей, УБД мають негативний ефект і є неприпустимими.

Можна використати **психотехнологію двох стільців з гештальт-терапії** та інші прийоми та техніки, що дозволяють відкоригувати почуття. Відображення почуттів є важливим аспектом роботи із проблемами співрозмовника. Лише пропрацювавши з відображенням почуттів, можна переходити до проблем пацієнта.

Психотехнологія роботи із проблемами пацієнта.

Прийом екстраполяції, значущих для співрозмовника подій та емоцій на іншу особу: на товариша, знайомого, родича, ін.. При цьому, розповідаючи що з ним відбувалося, сприяти вираженню почуттів співрозмовником. Наприклад: «У мого клієнта був схожий випадок...». Застереження: психотерапевт повинен дуже тонко відчувати межу **альтруїстичного потенціалу** клієнта та не перевантажувати його інформацією про схожі проблеми у інших клієнтів. Методично неграмотно використаний прийом, може сформувати у клієнта хибне враження про не увагу психотерапевта та нівелювання значення його власних проблем.

Прийом непрямих повідомлень. Напрямі повідомлення спрямовані на виявлення та активізацію ресурсів, на активізацію трансових станів, на проектування пацієнтом на них своїх переживань, у тому числі прихованих,

неусвідомлених. Даний ефект досягається шляхом розповіді історій, використання метафор, приказок, фрагментів казок, сюжетів із кінофільмів, художньої літератури. За умови дотримання методології застосування, прийом досить ефективний у роботі із усіма віковими категоріями клієнтів та психологічному супроводі і психологічній реабілітації УБД.

Прийом приєднання до часового простору клієнта. Коли психотерапевт говорить про проблему в минулому часі, то, начебто переводить її в минуле, чим пом'якшує її переживання. Якщо ж в майбутньому часі, то пацієнт, начебто отримує можливість ще внести корективи. І відповідно, найбільше загострюються переживання, якщо говорити про проблему у теперішньому часі.

Прийом переведення у тривимірний час. В нормі людина має змогу подумки одночасно знаходитись у трьох часових вимірах (минулому, теперішньому майбутньому). Інколи трагічні події, або ж навпаки успіх, досягнення, що супроводжувалися яскравими емоційними переживаннями, змушують людину «зависати» в минулому. Тоді людина перестає об'єктивно оцінювати реальний час, не піклується про майбутнє, живе лише спогадами про минуле. «зависання» у теперішньому часі характеризується байдужим ставленням до подій минулого, безтурботного ставлення до майбутнього і безтурботного проживання лише подій сьогодення. Така поведінка часто призводить до сумнівних перспектив у майбутньому. Третій тип характеризується «зависанням» у майбутньому. Людина ігнорує минуле, теперішнє, моральні норми, соціальні принципи, інколи закони, любою ціною вибудовуючи майбутнє. Як варіант нічого не робить в реальному часі для досягнення мети, живе лише примарними мріями про майбутнє. Завдання психотерапевта синхронізувати три часових простори у свідомості клієнта.

Психотехнологія зведення проблеми до внутрішньо-особистісної. Людям властиво приписувати появу у себе якихось проблем до зовнішніх причин. Коли пацієнт говорить «ми» замість «я», «наші», замість «мої», ін., то це свідчить про його абстрагування від почуття відповідальності, дозволяє

залишатися пасивним. Прийомом зміни «ми», «вони» на «я», психотерапевт зводить проблему до внутрішньо-особистісної, показує співрозмовнику, що розвиток та закріплення проблеми, її вирішення залежить лише від нього самого, його вольового зусилля та внутрішнього переконання, бажання вирішити цю проблему, а не від соціальних, історичних, інших зовнішніх причин.

Психотехнологія відділення проблем від особистості пацієнта. Підхід полягає у тому, щоб показати пацієнту його неспорідненість із цією проблемою. Пацієнта переконують, що зречення від цієї проблеми, прощення винуватців не є втратою для пацієнта, а навпаки надбанням, звільненням від емоційного тягаря.

Прийом спрощення проблеми. Інколи варто допомогти пацієнту переглянути його переконання щодо значущості певної проблеми, її серйозності, важливості, невирішеності, ін.. Показати відносність життєвих цінностей та проблем. Після чого проблема здається пацієнту уже не такою важливою та не вирішуваною. Використовуючи прийоми відносності, google планета психотерапевт показує відносність значущості проблеми із світовими, історичними та астрономічними масштабами.

Психотехнологія доведення проблеми до її логічного завершення, вирішення. В уяві пацієнта програються різноманітні варіанти вирішення проблеми, шляхом її виведення до повного вирішення. Психотерапевт вирішує три основних методологічних завдання:

1. Показати, що вирішення проблеми не є вже таким трагічним і неможливим.
2. Показати декілька шляхів вирішення проблеми.
3. Оцінити її гостроту, декілька разів програючи її динаміку до повного завершення.

Вже саме програвання шляхів, способів вирішення проблеми вже саме по собі знімає його гостроту. Використовуємо прийом кута безвиході.

Прийом доведення проблеми до абсурду. Завдання психотерапевта показати проблему як безглузду, а дії та переживання людини як

безпідставні, як такі, що викликають сміх. Заставити пацієнта засміятись, висміяти свою проблему. Синхронно використовуємо прийоми сміхотерапії. Якщо пацієнт зможе засміятися над своїми проблемами, вони поступово почнуть втрачати для нього свою гостроту та значущість. З часом повністю зміниться емоційне ставлення до неї. Сміх нівелює гостроту та значущість проблеми.

Психотехнологія розширення. Система, що породжує проблеми повинна бути вужчою за систему, що дозволяє працювати з даною проблемою. Людина обтяжена проблемами постійно внутрішньо програє діалоги, причому по декілька раз одні і ті ж, або ж їх варіанти, компенсуючи в такий спосіб нереалізовані плани, невдалі дії, комунікацію, намагаючись подумки виправити негативно сформовану ситуацію. Дана технологія передбачає більш широкий аналіз можливостей, ресурсів та досвіду людини для вирішення її проблем.

Психотехнологія інтерпретацій. Психотерапевтична інтерпретація подій дає можливість клієнту по-іншому побачити проблему, через чітко окреслене, альтернативне сприйняття реальності. Інтерпретація може змінити погляди, думки, ставлення, поведінку, життя — якість життя людини. При зовнішній ілюзорній простоті та доступності дана технологія є досить складною і вимагає високого рівня професіоналізму від психотерапевта. Застереження: некваліфіковане використання даної технології може мати негативні наслідки.

Виділяють три види інтерпретацій:

Пояснення — це узагальнення усієї інформації, що стосується співрозмовника, та пояснення того, як слід її сприймати, та як шукати її вирішення. Такий когнітивний варіант інтерпретації є найпростішим у використанні та найменш травматичним для клієнта.

Конфронтація — це звернення уваги пацієнта на невідповідність між думками, почуттями, словами та поведінкою клієнта, на його не конгруентність. Конфронтацію можна використовувати при хорошому

контакті із клієнтом. Інколи конфронтація має бути жорсткою та безкомпромісною і лише за такої умови вона буде ефективною.

Узагальнення. Узагальнення може розглядатися як окрема технологія, або ж як окремий варіант конфронтації. Узагальнення використовується для того, щоб підвести підсумок бесіди, допомагає сконцентруватися на головному, утримує послідовність бесіди. Узагальнення здійснюється в кінці зустрічі, або ж на початку наступної. Краще, коли узагальнює клієнт.

Інтерпретація — важливий та дуже складний аспект бесіди. Вона сама по собі уже є викликом початковій точці зору клієнта, а тому може викликати у нього протест. Тому до кожної інтерпретації необхідно ґрунтовно готуватися. В процесі однієї зустрічі можна здійснювати не більше однієї-двох інтерпретацій.

Психотехнологія поради. Порада — це побажання, інформація, загальні ідеї про те, як можна вирішити проблеми, як для нього необхідно себе вести, що робити пацієнтові. Обережне, кваліфіковане використання поради може дати клієнтові корисну інформацію, допоможе досягнути бажаного результату.

Застереження: давати поради бажано лише за проханням пацієнта. Порада нав'язана пацієнту скоріш за все не виконуватиметься. Як тільки в процесі бесіди психотерапевта переповнює впевненість у тому, що він знає як вирішити проблему пацієнта і хочеться по-швидше дати йому пораду, необхідно впевнитися в тому, що пацієнт готовий її сприйняти. Слід впевнитись у тому, що порада дійсно ефективна, не спішити її вербалізувати, так як в процесі подальшого спілкування, з'ясування нових обставин (інколи несподіваних) можуть повністю звести нанівець попередні переконання психотерапевта. Висловлена порада створює ілюзію завершеності психотерапевтичного сеансу, при тому, що пацієнт так не вважає і не пройшов ще повної в релаксації. Протягом однієї бесіди можна давати не більше двох рад. Більша кількість просто не сприйматиметься пацієнтом і, відповідно, не матиме ефекту. Порада потребує витонченості, тактовності,

коректності та врахування індивідуальних особливостей клієнта, особливостей його сприймання.

Психотехнологія директиви. Для директиви, або вказівки дійсними є всі умови, визначені для поради. Директива полягає в тому, що психотерапевт повідомляє клієнту які дії, вчинок йому необхідно здійснити, якої поведінки дотримувався. Кваліфікована директива є однією із найефективніших технік, проте, невміло виконана директива просто компроментує психотерапевта в очах клієнта. Ефективність дії директиви можна перевірити використовуючи прийом зворотного зв'язку. Прийом зворотного зв'язку є корисним для обох співрозмовників, він дає можливість зрозуміти наскільки правильно ми розуміємо співрозмовника, наскільки правильно він розуміє нас. Зворотний зв'язок здійснюється у формі повторення та узагальнення сказаного. Необхідно повторити сказане пацієнтом в узагальненій формі, запитавши: «А чи правильно я Вас зрозуміла?», «Якщо я помиляюсь, то виправте мене, будь-ласка». Зворотній зв'язок можна здійснювати декілька разів протягом однієї бесіди. Можна запропонувати пацієнту повторити сказане психотерапевтом. Це доцільно зробити в кінці бесіди, щоб переконатись у тому, що пацієнт правильно все зрозумів, і чи буде він точно виконувати дані йому рекомендації.

Аналіз наукової літератури та практики застосування психотехнологій в психотерапевтичній бесіді дає нам підстави стверджувати, що:

- 1.Ефективність методу психотерапевтичної бесіди залежить від професійної компетентності психотерапевта та рівня його вміння застосовувати психотехнології на практиці.
- 2.Досягнення психотерапевтичного ефекту шляхом застосування психотехнологій можливе лише за умови дотримання науково обґрунтованої методології процесу.
- 3.При не врахуванні методологічних застережень до застосування психотехнологій очевидним є ризик виникнення негативних наслідків.
- 4.Підвищенню рівня ефективності психотехнології сприяє застосування

профільних прийомів роботи з клієнтом.

5.Підбір психотехнологій необхідно здійснювати адекватно проблематиці та з врахуванням психотипу клієнта.

6.Підвищенню рівня ефективності психотерапевтичної бесіди сприяє комплексне використання психотехнологій.

Література

Чорна І. М. Чорний М. М. Основні прийоми застосування психотехнологій у психотерапевтичній бесіді. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. С.89-98.

Лекція 8. Тема: «Ергономіка структури психотерапевтичної бесіди»

1. Психотехнології приєднання до клієнта.
- 2.Прийоми ситуативного уподібнення.
- 3.Технологія приєднання до репрезентативної системи клієнта.
- 4.Прийом приєднання до мовленнєвого психотипу клієнта.
- 5.Пізнання та розуміння внутрішнього світу, переживань та проблем клієнта.
- 6.Кристалізації проблеми, або ж виявлення психотерапевтичної мішені основних типи мімічних сигналів.
- 7.Технологія розпізнавання істинних почуттів співрозмовника.
- 8.Технології розпізнавання брехні, нещирості клієнта.
9. Технологія від'єднання від клієнта.

В практичній діяльності психотерапевта одним із найбільш популярних методів є психотерапевтична бесіда. Проте, мають місце різні авторські підходи до розуміння суті та методології застосування психотерапевтичної бесіди. В сучасній науковій літературі відслідковується неоправдана асиміляція понять, змісту та суті психотерапевтичної бесіди, клінічної бесіди, психотерапевтичного інтерв'ювання, синонімічна підміна цих понять. В класичних наукових дослідженнях науковці аналізують окремі елементи

психотерапевтичної бесіди, проте недостатньо досліджено та не розроблено модель структури психотерапевтичної бесіди. Відсутні протоколи практичних досліджень ергономіки психотерапевтичної бесіди, яка забезпечує її ефективність та дає змогу досягнути психотерапевтичного ефекту у роботі з клієнтом.

Проблема вивчення структури психотерапевтичної бесіди стала предметом дослідження таких науковців, як Л. Ф. Бурлачук, А. Н. Голик, Ю. Г. Демянов, И. Л. Добротворский, Б. Д. Карвасарский, В. Т. Кондратенко, В. В. Макаров, Г. М. Назлоян, К. Р. Роджерс, В. Э. Франкл, І. М. Чорна.

У ході багаторічних досліджень, ми прийшли до висновку про необхідність розробки ергономіки структури психотерапевтичної бесіди. Нами систематизовано, розроблено та апробовано методологічні вимоги до дотримання психотерапевтом ергономіки структури психотерапевтичної бесіди. Поняття «ергономіка структури психотерапевтичної бесіди» є авторським і вперше вводиться нами в психотерапевтичну практику.

Ергономіка структури психотерапевтичної бесіди – це науково обґрунтована система логістики застосування її структурних компонентів та методології максимально ефективного використання психодіагностичних, психоаналітичних, психокорекційних, психотехнологій, психоманіпуляційних технологій, методів та прийомів.

Першим структурним компонентом психотерапевтичної бесіди є укладення із клієнтом усного контракту. Перш за все психотерапевт знайомить клієнта із одним із найважливіших правил етичного кодексу психотерапевта – конфіденційність та неприпустимість розголошення інформації, почутої від клієнта. Обов'язковою умовою є визначення мети, завдання, часового регламенту, окремого сеансу та всього курсу лікування загалом. Рішення про закінчення сеансу психотерапевтом та клієнтом приймається спільно. Психотерапевт, повідомивши запланований загальний зміст, тривалість курсу, та його результативність, автоматично бере на себе певні зобов'язання, заключає, так званий, усний контракт. Важливо, щоб

зобов'язання були двосторонніми. Дострокова відмова клієнта від курсу загрожує у кращому випадку його неефективність, у гіршому – ускладнення та інколи незворотні процеси у психіці клієнта.

Одним із прийомів, який уже сам по собі має лікувальний ефект, є повідомлення пацієнту про очікуваний результат психотерапевтичного курсу, який у якості попередньої установки формує позитивне сподівання та налаштування на покращення, можливість вирішення проблеми. Як правило, після оголошення умов усного контракту клієнт уважно слідкує за тим, чи дотримується психотерапевт визначених умов. Відповідно, не пунктуальність зі сторони психотерапевта щодо умов контракту негативно сприймається клієнтом та погано відображається на ефективності всього психотерапевтичного втручання, викликаючи сумніви у професіоналізмі даного спеціаліста.

Наступним компонентом ергономічної структури психотерапевтичної бесіди є застосування технології приєднання до клієнта. Якщо психотерапевту не вдасться цього зробити, то подальша психотерапевтична бесіда буде неефективною, або ж зовсім не відбудеться. Технологія приєднання є однією із найбільш важливих. Вона широко використовується у багатьох психотерапевтичних напрямках, і є особливо ефективною при оптимальному поєднанні із іншими технологіями.

Технологія приєднання до клієнта полягає у досягненні відповідного ступеня зближення учасників психотерапевтичної бесіди (психотерапевта та клієнта). Чим ефективніше, методологічно правильно виконано технологію приєднання, тим глибше розкривається клієнт.

Ступені зближення учасників психотерапевтичної бесіди визначають як: відторгнення один від одного, формальний контакт з мінімальним приєднанням, приєднання до досягнення продуктивного контакту, близькість, злиття.

При **відторгненні** співрозмовники автономні, що не відповідає навіть загальному змісту поняття бесіда. При формальному контакті це вже бесіда,

при якій кожен співрозмовник залишається на своїй території і немає необхідності у відвертості та прийнятті на себе додаткових зобов'язань.

Ступінь **близькості** лише інколи виникає під час бесіди і проявляється у синхронності думок, фраз. Повне злиття, як вища точка близькості може виникати лише у виключних випадках і проявляється у синхронності думок, фраз та взаємній емпатії, яка може перерости у симпатію. У такому випадку реальним є ризик переходу у дружні стосунки, втрату об'єктивності зі сторони психотерапевта, що відповідно приведе до порушення норм професійної етики. Під час терапії злиття може виникнути при гештальт-терапії, голотропному диханні.

Приєднання до рівня продуктивного контакту буває достатньо для здійснення ефективної бесіди. Приєднання до рівня продуктивного контакту досягається завдяки застосуванню наступних прийомів: вибору ефективної дистанції; ситуативного уподібнення: позі, рухам, диханню, технології приєднання до: репрезентативної системи пацієнта, до часового простору клієнта, інше.

Прийом вибору ефективної дистанції. Відстань між співрозмовниками дещо перевищує особистий простір кожного з них (особистий простір визначається відстанню на довжину витягнутої руки). Причому, чим ближчого контакту домагається досягнути психотерапевт, тим ближче він знаходиться по відношенню до клієнта. Проте, не слід розуміти буквально дану залежність між фізичною відстанню та психологічною близькістю. Психологічно близькі люди будуть не менш близькими і на значній географічній дистанції.

Прийоми ситуативного уподібнення:

- **Позі.** Дзеркально копіюючи позу співрозмовника, психотерапевт починає відчувати такий же самий рівень мускульної скованості (розкутості), як і його клієнт. Відчувши, що вона не є ефективною для психотерапевтичного процесу, психотерапевт її змінює на більш адекватну,

чим автоматично спонукає змінити її іклієнта. Якщо клієнт змінить позу, то це означатиме, що приєднання позою відбулося. Психотерапевт знову приймає найбільш оптимальну позу для бесіди, спостерігаючи за тим, щоб клієнт також наслідував його. Варто бути акуратним у калькуванні пози, щоб не викликати у клієнта відчуття кривляння.

- Рухам. Психотерапевт дзеркально відображає рухи клієнта своїми узгодженими (симетричними) рухами. Коли співрозмовник здійснює якийсь несподіваний рух, особливо різкий, терапевт дуже м'яко його наслідує. Наприклад, клієнт потягнувся рукою і взяв із вази яблуко, то це ще наслідувати не обов'язково, а якщо уже і відкусив його та почав їсти, то психотерапевт рекомендовано має зробити те саме, інакше приєднання позою зруйнується.

- Диханню. Психотерапевт в процесі бесіди спостерігає за частотою та глибиною дихання співрозмовника. Для цього можна звернути увагу на коливання складок одягу. Після чого починає дихати в тому ж режимі і з тією ж глибиною, що і співрозмовник. Через певний проміжок часу, затримавши двоє дихання в міняє його темп, спостерігаючи, чи пацієнт поступив аналогічно. Якщо так, то це означатиме, що приєднання диханням відбулося. У випадку частого дихання, викликаного хвилюванням, психотерапевт спочатку викликає у себе такий ж темп дихання, а потім поступово уповільнює його, аж до глибокого видиху, що сприятиме розслабленню та заспокоєнню клієнта. Проте, даний прийом потребує спеціальної підготовки психотерапевта (голотропне дихання). Використання без відповідного досвіду та сформованих навичок є небезпечним для здоров'я психотерапевта.

Технологія приєднання до репрезентативної системи пацієнта.

Прийом приєднання до вербо-сенсорного типу клієнта. В психотерапевтичній практиці виділяють три вербо-сенсорні типи:

Візуалістичний тип із ведучим зоровим аналізатором. Такі люди часто вживають слова, що характеризують зір: «на мій погляд», «я вбачаю», «з

точки зору», ін.. Такий тип людей під час розмови, як правило, заводять очні яблука вгору.

Аудіалістичний тип із ведучим слуховим аналізатором. Такі люди часто вживають слова, пов'язані зі слухом: «я чув таку думку», «вчувається», «почуте мені підказує», «дослухатись до почутого», ін.. Коли людина даного типу думає, її очні яблука рухаються в горизонтальній площині.

Кінестетичний тип із ведучим чуттєвим аналізатором. Такі люди часто вживають слова що характеризують відчуття: «я відчуваю», «нюхом чую», «відчуття мене не підвели», ін.. Коли людина даного типу думає, вона опускає очні яблука вниз.

Приєднання до репрезентативної системи клієнта за вербо-сенсорним типом полягає в тому, що психотерапевт активізує той канал сприймання, яким користується співрозмовник. Якщо клієнт часто говорить: «дивіться», «бачите», «погляньте», то і психотерапевт чинить аналогічно. Тоді інформація, яку намагається донести до свідомості клієнта, швидше долає бар'єри психологічного опору. Якщо, скажімо, клієнт аудіал та використовує аудіальний канал і говорить «Ви чуєте що тут щось не те?», а психотерапевт застосовує в риториці вербальний контент візуалів і відповідає йому: «бачите, тут не все так однозначно», то ймовірно, що інформація буде не сприйнятою, або ж сприйнятою не достатньо глибоко та усвідомлено. Розмовляти однією мовою із клієнтом ще недостатньо, для досягнення кращого розуміння, необхідно розпізнати тип клієнта і застосовувати словесні конструкти, які властиві саме цьому психотипу особистості.

Прийом приєднання до мовленнєвого психотипу клієнта. Психотерапевт в ході психотерапевтичної бесіди оперативно продіагностувавши темп його мови, висоту голосу, емоційну насиченість, особливості діалекту, уподібнює свої мовні характеристики до даного мовленнєвого психотипу. Даний прийом має сленгову назву «налаштування на хвилю клієнта». Якщо, для прикладу, клієнт холерик і йому властиві швидкий темп мови, сила та гучність голосу, а психотерапевт меланхолік і

говорить тихенько, у повільному темпі, то клієнта це просто може роздратувати. Або ж навпаки, то клієнт меланхолік не встигатиме сприймати та усвідомлювати швидкий потік інформації від психотерапевта холерика. Його дратуватиме, або ж і лякатиме надто гучний голос психотерапевта. Тому, психотерапевт повинен досконало володіти вмінням сканувати мовленнєвий психотип клієнта та вміти йому уподібнюватися. Це відповідно вимагає високого рівня розвитку акторських та до певної міри, вокальних здібностей.

Досить ефективним для досягнення кристалізації проблеми використовують **прийомом моніторингу домінуючих слів**. Для прикладу, клієнт може повторювати: «повинен», «зобов'язаний», «необхідно». Це є свідченням того, що він живе в світі, де йому доводиться постійно виконувати якісь суворі обов'язки, при чому, ймовірно, без особливої радості.

Наступний **структурний компонент – це пізнання та розуміння внутрішнього світу, переживань та проблем клієнта**. Психотерапевт використовує прийом моніторингу особливостей побудови речень. Слова та звороти, які використовує клієнт, часто можуть повідомити про нього більше, ніж він хоче повідомити з їх допомогою. Вибір слів свідчить про настрій, освіту, походження, культурний рівень та багато іншого.

Професійні психотерапевти в особливих випадках застосовують також прийоми приєднання до: соціального статусу, освіти, вікових особливостей, матеріального рівня та специфіки регіону проживання клієнта, інші.

Досягнувши продуктивного рівня приєднання до клієнта, психотерапевт переходить до наступного структурного компонента – **кристалізації проблеми, або ж виявлення психотерапевтичної мішені**.

Окрім ліцензованих класичних психодіагностичних методик на даному етапі ми застосовуємо авторську технологію body language (мова тіла). Дана технологія дає змогу діагностувати психіку клієнта, читаючи її характеристику через сигнали тіла клієнта, навіть коли він мовчить. Є окремі

категорія клієнтів: УБД АТО; із досвідом проходження психодіагностичних методик, схильні давати неправдиві відповіді; із високим рівнем агресивності; не конгруентним типом поведінки, інші), які упереджено відносяться до заповнення анкет, тестів і тд.. Дана технологія стає єдиною прийнятною у таких випадках.

Для психотерапевта є важливим вміння розрізняти **три основних типи мімічних сигналів:**

1.Статистичний тип — визначається по «кольору шкіри, розрізу очей, іншим ознаками, що залежать від будови черепа, расових особливостей, інше. Ці сигнали можна змінити з допомогою косметичних операцій, зачіски, косметики, фарбування, макіяжу, у чоловіків — за допомогою вусів, бороди. Статичний тип мімічних сигналів, безумовно значущий, проте, не визначальний.

2.Повільний тип — передається тонусом м'язів, зморшками, відтінками обличчя, пов'язаними із способом життя, стану здоров'я, емоційними масками, позиціями голови. Ці сигнали можна змінювати за допомогою прийомів масажу, макіяжу. Повільний тип мімічних сигналів, як і статичний клієнт може контролювати довільними зусиллями та за допомогою спеціально вироблених навичок контролю міміки.

3.Швидкий тип — це короткочасні, мимовільні мімічні реакції, що виникають як перші реакції на стимул. Ці реакції передають істинні почуття та переживання людини, до того моменту, доки вони не обмежені вольовим контролем. Вони є недовготривалими, тривають долі секунди. Тому розпізнавання, читання мікросигналів психіки через міміку вимагають розвитку професійних навичок та високого рівня концентрації уваги психотерапевта. Саме цей тип мімічних сигналів найважче піддається контролю зі сторони клієнта, а тому є найбільш достовірним для психодіагностики психоемоційного стану, достовірності інформації, його ставлення до неї. Проте, при спецпідготовці і даний тип мімічних сигналів можна навчити контролювати. Тому, не рекомендовано робити однозначні

висновки із аналізу любого із типів мімічних сигналів. Висновки доцільно робити лише на основі комплексного аналізу.

Відомо, що людина краще контролює міміку нижньої частини лиця: підборіддя, губ, крил носа. Менше здатні до самоконтролю за мімікою верхньої частини обличчя: очей, повік, брів, перенісся. Вважається також, що несвідома частина досвіду людини демонструється саме через очі. Для того, щоб приховати мікро вирази обличчя, чоловіки використовують бороду, вуса; жінки — макіяж, накладні віії. Класичний засіб, в незалежності від статі — окуляри із затемненим склом.

Технологія розпізнавання істинних почуттів співрозмовника полягає у тому, що то ментально, після передачі повідомлення, психотерапевт уважно спостерігає за його обличчям, особливо фіксуючись на очах. Перша реакція на почуту інформацію буде виражати істинні почуття. Подальша вона може бути прихованою шляхом нейтралізації, гальмування, фальсифікації, чи підміни.

Нейтралізація — це стирання мімічних реакцій обличчя, набуття мімічної маски.

Гальмування — процес поступового, довільного припинення мімічної реакції достроково, засобами відпрацювання своєї природної динаміки.

Фальсифікація — це особливо тонкий процес заміни природної мімічної реакції на бажану для співрозмовника. Заміна реакції полягає в тому, що вже реакція, яка виникла, замінюється на більш бажану для співрозмовника.

Після сигналу, що викликає реакцію у клієнта, спочатку проявляються мімічні сигнали і тільки потім вербальна відповідь. Вербальну відповідь можуть випереджувати звукові прояви у формі викриків, схлипувань, стогонів, швидких вдихів та видихів можуть проявлятися зразу за мімічною реакцією.

Всі названі шляхи приховування мімічних реакцій та відповідних переживань можна відслідкувати напряму і тільки фальсифікацію вдається

відслідкувати по неспівпадінню міміки, мови та поведінки, переконань та вчинків. Такий тип поведінки клієнта в психотерапії називається не конгруентною поведінкою.

В психотерапевтичній практиці мають місце випадки, коли клієнт не усвідомлено, або ж свідомо хибно окреслює суть психологічної проблеми, переносючи відповідальність за проблему на інших осіб, у такий спосіб виправдовуючи себе.

Для виявлення суті психотерапевтичної мішені, кристалізації проблеми, важливо отримати достовірну інформацію, об'єктивні висновки аналізу результатів психодіагностики. Похибка в діагнозі призведе до помилки у розробці психокорекційної програми, а відповідно, завдасть шкоди, а не користі клієнту. Тому психотерапевту важливо володіти **технологіями розпізнавання брехні, нещирості клієнта**.

Про нещирість співрозмовника свідчать: опускання очей, відведення погляду в бік, тривала пауза між питанням та відповіддю, невідповідність між мімікою та мовленням. Наприклад, коли співрозмовник говорить «так» і заперечливо хитає головою. Коли вегетативні реакції не співпадають із вербальною відповіддю. Скажімо, коли співрозмовник стверджує, що дана тема його не цікавить, але при цьому помітно червоніє, або блідне. Тобто, коли спостерігається не конгруентна поведінка, міміка, мовлення, вегетативні реакції та поведінка не доповнюють один одного, а навпаки — суперечать один одному. Проте, жодну із вищеописаних реакцій не можна трактувати однозначно, оскільки вона може бути пов'язана із станом здоров'я людини, або характерною для його психотипу.

Слід зауважити, що надмірно уважне спостереження за мімікою співрозмовника може настільки захопити психотерапевта початківця, що відволікатиме його від сприйняття важливої інформації.

Розрізняють найбільш типові **механізми прояву брехні**: замовчування, не договориювання, перекручення, накручування, зміна контексту, знецінювання.

- Замовчування — це свідоме не повідомлення ніяких даних.

- Не договорювання — це свідоме не повідомлення якоїсь важливої частини інформації.
- Перекручення — це навмисна зміна якоїсь частини інформації.
- Накручування — якійсь частині інформації, або ж загалом всій інформації приписується надто важливе значення. Цим самим створюється ситуація стресу, нервозності, що відволікає співрозмовника від дійсно важливої інформації.
- Зміна контексту — вилучення фрагменту інформації із контексту, або додавання іншого контексту, що призводить до діаметрально протилежного змісту первинної інформації.
- Знецінювання — свідоме зменшення цінності, значимості повідомлених фактів, явищ.

Структурний компонент від'єднання від клієнта. Ергономіка психотерапевтичної бесіди передбачає дотримання методології застосування технологій приєднання, проте, психотерапевт повинен методично грамотно виконати не тільки технологію приєднання, а і технологію від'єднання. Слід зауважити, що коли психотерапевт різко здійснює процес від'єднання, то обидва співрозмовника відчуватимуть дискомфорт, почуття нещирості, штучності ситуації, що зведе нанівець усі попередні зусилля психотерапевта. Тому, процесу від'єднання слід приділяти не менше уваги ніж процесу приєднання. Як правило, від'єднання відбувається в зворотній послідовності до приєднання. Тобто, спочатку від'єднання очами, потім диханням, позою і аж тоді вербально.

Скажімо, психотерапевт вміло приєднався до пацієнта, якому тепер уже зручно та комфортно, він щиро «виливає» свої проблеми і явно не налаштований на завершення сеансу. В такому випадку психотерапевт застосовує спеціальні **вербальні прийоми від'єднання**, зокрема, постановка питання: «Так... то у Вас різко заболіла голова? Це дуже важливо і потрібно добре проаналізувати, тому про це Ви мені докладно розповісте на наступному сеансі, який відбудеться...». Найбільш ефективним прийомом є

чітке встановлення часових рамок психотерапевтичної бесіди до її початку. За кілька хвилин до завершення бесіди, варто повідомити про це клієнта. Це дасть змогу клієнту сконцентруватися на основному і встигнути повідомити важливу для нього інформацію, яку в силу обставин, можливо відкладав на потім.

Кінцевим компонентом структури кожної психотерапевтичної бесіди є повідомлення клієнту про результати, які вдалось досягнути протягом бесіди - резюме. Це синтез та систематизація інформації, отриманої на протязі усієї бесіди, узагальнення результату. А саме, психотерапевт підводить підсумок: що було з'ясовано в процесі бесіди, окреслює суть психотерапевтичних мішеней, уточнює суть запиту клієнта, спільно визначають мету подальшої терапії та завдання для клієнта на між консультаційний період.

В результаті теоретичного аналізу наукової літератури, практичної апробації, розробленої нами методології застосування ергономіки структури психотерапевтичної бесіди, встановлено:

1. Ергономіка структури психотерапевтичної бесіди – це науково обґрунтована система логістики застосування її структурних компонентів та методології максимально ефективного використання психодіагностичних, психоаналітичних, психокорекційних, психоманіпуляційних технологій, методів та прийомів.
2. Логістика взаємодії в психотерапевтичній бесіді визначається основними структурними компонентами: усний контракт, приєднання до клієнта (на різних рівнях), пізнання та розуміння внутрішнього світу, переживань та проблем клієнта, кристалізації проблеми, виявлення психотерапевтичної мішені, кристалізація проблеми, узгодження суті клієнтського запиту, мети психотерапії, від'єднання від клієнта, резюме.
3. Дотримання ергономічних вимог до структури психотерапевтичної бесіди підвищує рівень ефективності організації процесу взаємодії психотерапевт-клієнт, сприяє результативності курсу психотерапії.

Література

Чорна І. М., Чорний М. М.. Ергономіка структури психотерапевтичної бесіди. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №12. Випуск 7(52)Психологічні науки: Зб. наукових праць*. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. С.73-81.

Лекція 9. Тема: «Методи налагодження взаємостосунків подружжя засобами сімейної психотерапії»

1. Основні напрямки діагностики сім'ї.
2. Етапи сімейної психотерапії.
3. Вимоги до терапевта, що працює з родиною. Систематизація Ентоні Зіпла.
4. Методи сімейної психотерапії.
5. Стратегічна сімейна терапія.
6. Системна сімейна психотерапія.

В останні роки в нашій країні зростає інтерес до вивчення потенціалу психологічних і психотерапевтичних методів корекції сімейних взаємостосунків. Сім'єю і її проблемами починають цікавитися не тільки фахівці в цій області сімейні психологи і психотерапевти, але також представники суміжних дисциплін психіатри, наркологи, невропатологи, педіатри, підліткові лікарі, психологи різних спеціальностей, дефектологи, соціальні працівники і педагоги і т.д.. Свою роль відіграє також новий підхід до сімейної психотерапії, який потребує поглиблених досліджень у галузі взаємодії між людьми, особливостями міжособистісних стосунків та їх методів їх налагодження.

Дана проблема стала предметом дослідження науковців Т. Лідз, М. Боуен, Ф. Фромм-Річман, Н. Аккерман, К. Вітакер, Д. Джексон, Дж. Хейлі, В. Сатир, Д. Фрамо, С. Минухін, Г. Зак та ін. Незважаючи на відмінності в термінології, велику різноманітність теорій і точок зору цих терапевтів, всі вони звертаються до сім'ї як до цілого, єдиного організму, в якому все

взаємопов'язано і де симптом пацієнта – це в той чи інший спосіб виражена неспроможність сім'ї до гармонійного функціонування. Серед вітчизняних дослідників, які є безсумнівними авторитетами в області сімейної психотерапії, варто зазначити А. І. Захарова, Т. М. Мішина, В. К. Мягер, Е. Г. Ейдемільлера, В. В. Юстицкис.

Сімейна психотерапія – це особливий вид психотерапії, спрямований на зміну міжособистісних відносин, що ставить своєю метою усунення емоційних порушень у родині.

Е.Г. Ейдемиллер і В. Юстицкис розглядають сімейну психотерапію як область психотерапії, що охоплює вивчення родини й впливу на неї з метою профілактики психогенних захворювань, а також наступної соціально-трудової реабілітації осіб, що виписалися із клінік. Відповідно до цього визначення в центрі уваги сімейного психотерапевта перебуває родина як фактор психічної травматизації особистості і її роль у корекції наслідків психічної травми.

Так, В. Сатир бачить мету сімейної терапії у тому, щоб члени родини мали вільний вибір різних способів комунікації, могли рухатися до відкритості, природності й чесності у відносинах один з одним, тобто рухатися в напрямку до гармонізації сімейних відносин, які характеризують зрілу родину. При цьому, головним завданням терапевта є – направляти свої зусилля на підвищення активності й зацікавленості членів родини в навчанні щирому й природному вираженню своїх почуттів.

Р. Бендлер, Д. Гринде в цьому контексті також відзначають, що метою сімейної терапії повинні бути зміни в системі того, як люди в родині передають і одержують послання один одного, тобто зміни в системі міжособистісних відносин, що ведуть до повністю відкритої системи. Вони відзначають, що одна з основних цілей терапевта в процесі сімейної психотерапії – це наближення, приєднання до клієнта через використання його провідної репрезентативної системи.

К. Витакер визначає мету сімейної терапії в допомозі родинам досягти більш адаптивного рівня існування. При цьому всі зусилля терапевта повинні бути спрямовані на активізацію сил і можливостей родини для її власного росту й бажання вирішувати свої проблеми.

Аналіз наукової літератури дає нам підстави виділити **основні обставини, які зумовлюють складність вивчення і діагностики порушень сім'ї:**

1. Складність сім'ї як соціальної і психологічної системи. Сім'я містить у собі велике число усіляких відносин і взаємозв'язків, для формування яких мають значення індивідуально-типологічні й особистісні особливості її членів; характер її соціального оточення; культурні норми, звичаї, традиції; соціально-економічні умови проживання.
2. Відсутність єдиного підходу до дослідження сім'ї і єдиного розуміння її сутності. Дотепер ще не вироблена загальна теорія, що могла б стати основою для вивчення сім'ї. Замість неї є значна кількість шкіл і напрямків з різними, нерідко важко порівняними підходами до вивчення сімейної проблематики і сімейної психотерапії.
3. Предметом вивчення психології і психотерапії сім'ї є та область соціального життя, що піддана впливу соціальних стереотипів. Отже, на формування представлень про сім'ю значний вплив має повсякденний досвід. Усі ми народжуємося в сім'ї і велику частину життя в ній знаходимося, тому найчастіше спираємося на обмежені знання, намагаючись зрозуміти, що собою представляють сімейні відносини взагалі.
4. Латентність подій, що відбуваються в сім'ї, а також їх мінливість і відсутність чітких характеристик.

У ході сімейної терапії, тривалість якої може коливатися від декількох тижнів до декількох років, виділяють ряд **етапів:** діагностичний; корекційний; реконструктивний; патронажний.

У процесі **діагностичного етапу** здійснюється типізація порушених сімейних відносин із врахуванням індивідуально-особистісних особливостей

членів родини. Діагностика сімейних відносин здійснюється в процесі приєднання до сімейної групи психотерапевта, що висуває і перевіряє проблемні діагностичні гіпотези. Особливість процедури сімейної діагностики полягає у тому, що вона супроводжує сімейну терапію на всіх етапах і визначає вибір психотерапевтичних технік. Її інша особливість складається в необхідності співвіднесення отриманої від одних членів родини інформації про те, що відбувається, з інформацією від інших членів родини і власного враження психотерапевта, що склалося на підставі розпитування і спостереження за поведінкою учасників процесу психотерапії («родина очима дитини», «родина очима психотерапевта», «які ми насправді»).

На другому етапі в ході зустрічей психотерапевта з клієнтом і членами його родини відбувається виявлення і прояснення джерел сімейного конфлікту і ліквідація його за допомогою емоційного відреагування кожного члена родини, включеного в конфлікт, у результаті встановлення адекватного контакту з психотерапевтом. Психотерапевт допомагає учасникам конфлікту навчитися говорити мовою, що є зрозумілою усім. Крім того, він бере на себе роль посередника і передає в погодженому обсязі інформацію про конфлікт від одного члена родини до іншого. Невербальний компонент цієї інформації може бути переданий психотерапевтом на сеансі сімейної психотерапії, для чого використовується прийом «робот-маніпулятор», коли психотерапевт переводить суперечливе повідомлення учасника сеансу на мову жесту, проводячи відповідність виразності жесту з чутливістю і толерантністю учасників. Отже, на цьому етапі сімейної терапії ведучими психотерапевтичними методами є : недирективна психотерапія, націлена на вербалізацію неусвідомлюваних відносин особистості, а також спеціально розроблені методи впливу членів родини один на одного.

На етапі реконструкції сімейних відносин здійснюється групове обговорення актуальних сімейних проблем або в окремо узятій родині, або в рівнобіжних групах клієнтів з подібними проблемами і їхніх родичів. У цих

же групах проводиться рольовий поведінковий тренінг і навчання правилам конструктивної суперечки.

Патронажний етап сімейної терапії складається в закріпленні придбаних на попередніх етапах навичок емпатичного спілкування і розширеного діапазону рольової поведінки в природних сімейних умовах. Також проводяться консультування і корекція придбаних навичок спілкування стосовно реального життя.

Виділення етапів дозволяє структурувати процес сімейної терапії, обґрунтовує послідовність застосування різних психотерапевтичних методів у залежності від цілей і обсягу діагностичних зведень.

Робота з сім'ями вимагає від фахівця великого обсягу теоретичних знань, різноманітних практичних навичок, терпіння і постійного самовдосконалення. Фахівець в області сімейної психології і психотерапії повинен вміти працювати з людьми різної статі і різного віку: дітьми, підлітками і дорослими. Він повинен володіти навичками індивідуальної (допомога одному члену сім'ї) і групової роботи (допомога подружній парі, дітям і батькам, сім'ї в цілому). Різні дослідники прагнуть узагальнити різноманітні вимоги до терапевта, що працює з родиною, звести їх у єдину систему. Е.Г. Ейдемиллер і В. Юстицкис приводять одну з найбільш відомої систематизації – систематизацію Ентоні Зіпла. Відповідно до неї, терапевт повинен:

1. Освоїти педагогічний підхід. Зіштовхуючись із проблемами при взаємодії з родиною, необхідно насамперед установити, якою мірою вони пов'язані з недоліком знань, а в якій – є проявами опору або «сімейної проблеми». Дати родині відсутні знання, зробити це вміло, уникаючи різноманітних педагогічних помилок, точно співвідносячись методи навчання особистостями, з підготовленістю членів родини й суттю питання.
2. Вміти прояснити мети родини. Практичний досвід і дослідження показали: думка терапевта про те, чого хоче родина, і те, чого вона дійсно хоче, зовсім різні речі. Терапевт повинен навчитися прояснити мету родини. Для цього він

повинен вміти бути відкритим і адекватно відповідати.

3. Не схиляти родину ні до якого конкретного типу взаємин. Терапевт не повинен намагатися радити членам родини, як їм жити, яким повинне бути розподіл ролей. Його ціль - підказати їм, як можна самим знайти потрібний тип відносин.

4. Чесно визнавати границі своїх можливостей. Терапевтові необхідно показати членам родини реальну складність проблеми, суть рішень, які доводиться приймати, а також сумніву, які залишаються при кожному такому рішенні. У членів родини не повинне бути ні ілюзій, ні невинуватого скепсису.

5. Працювати в єдиній команді з родиною. Терапевт повинен розвивати ідеологію співробітництва. Він робить все можливе, щоб допомогти родині якнайкраще зрозуміти, що відбувається з ідентифікованим пацієнтом, сам же намагається вчитися в родини.

6. Акцентувати можливості родини, її позитивну роль у терапевтичному процесі.

7. Вміти правильно реагувати на інтенсивні емоційні прояви в родині. Терапевт повинен уміти відповідати на ці почуття співчуттям і розумінням, а не захисною реакцією.

8. Допомогати здоровим членам родини думати про себе, про свій особистісний розвиток.

9. Дати членам родини найбільш повну інформацію про можливості психотерапії. Така інформація допомагає членам родини перебороти свій опір психотерапії.

10. Допомогти в психологічній самоосвіті. Терапевт повинен добре володіти знаннями із різних галузей психології.

11. Володіти інформацією про наявну науково-полярну літературу по проблемі сімейних конфліктів.

12. Забезпечувати інформацією про можливість пройти курси, семінари, на яких члени сім'ї зможуть отримати необхідні їм знання й навички.

13.Стимулювати родину максимально використовувати всі наявні можливості: консультації, групи взаємодопомоги, підтримки.

14.Особисто брати участь сімейній психотерапії. Терапевт повинен бути готовим до того, що випадкових короткочасних візитів недостатньо, щоб успішно працювати з родиною, він повинен стати «своєю людиною» у родині, готовим у будь-яку хвилину прийти на допомогу.

15.Запобігти розвитку синдрому залежності клієнтів від психотерапевта. Коректно провести психотерапевтичний етап від'єднання.

В сімейній психотерапії використовують **наступні методи**: активного слухання; мовчання; повторення; уточнення (прояснення); відображення афекту; навчання за допомогою питань; заміни ірраціональних способів поведінки на раціональні; конфронтація, тобто пред'явлення подружній парі неусвідомлюваних чи амбівалентних установок, чи відносин стереотипів поводження з метою їхнього усвідомлення і пророблення; програвання ролей; створення «живих скульптур»; моделювання ситуацій; навчіння; аналіз відеозаписів; підсумовування; резюмування, інш..

Також ефективним може бути використання механізмів лікувальної дії групової психотерапії: повідомлення інформації; вселення надії; універсальність страждань; альтруїзм; корегуюча рекапітуляція первинної сімейної групи; розвиток техніки міжособистісного спілкування; імітаційна поведінка; інтерперсональний вплив; єдність групи; набуття нових способів поведінки та емоційного реагування (міжособистісної взаємодії і поведінки в емоційно напружених ситуаціях); катарсис.

При узагальненні основних механізмів лікувальної дії групової психотерапії, визначених різними авторами та виокремленні пацієнтами, виділяють три основних механізми: конфронтація, корегуюче емоційне переживання (корегуючий емоційний досвід), навчіння, що охоплюють три площини змін: когнітивну, емоційну та поведінкову.

Виникнення напряму стратегічної сімейної психотерапії детерміновано інтересом до проблеми влади у відносинах між терапевтом і клієнтом, а

також між членами сім'ї. Стратегічна сімейна терапія початок свого розвитку веде від стратегічної терапії Мілтона Еріксона. Вона включає в себе безліч різноманітних підходів, але всі вони мають ряд спільних рис. Терапевт ставить чітку мету, завжди передбачає рішення заявленої клієнтом проблеми.

Цей напрямок сімейної терапії також називається «терапія, фокусована на вирішенні проблеми», «коротка», тому що вона орієнтована на оперативне вирішення проблем. Яскравими представниками цього напрямку є Джей Хейлі, Карл Уїтaker, Клу Маданес. У своїй роботі психотерапевти цього напрямку не концентруються на особливостях особистості членів родини. Даний підхід характеризується надзвичайною увагою до деталей симптому і менш вираженим інтересом до родини.

Джей Хейлі, представник школи Пало Алто, став автором методу «терапії, фокусованої на вирішенні проблеми». Багато методик були запозичені ним в М. Еріксона. Для його практики характерні два підходи: використання непрямих методів впливу і прийняття усього, що пропонує клієнт. Хейлі вважав, що відносини в родині визначаються результатом боротьби чоловіків за контроль над іншими членами родини.

Симптом – один зі способів контролювати поведінку навколишніх. На думку Джей Хейлі, завдання психотерапії полягає в наданні людям інших способів впливу. Лікувальний ефект сімейної терапії значно зростає, якщо на терапевтичній сесії збираються всі члени родини. Внеском Хейлі в сімейну психотерапію стали різні директиви (завдання) членам родини. Виконання завдань забезпечувало рівність, кожен член родини мав право висловити свою думку чи щось зробити. Психотерапевт дає завдання, як під час сеансу, так і додому. Мета завдань: змінити поведінку членів родини; знайти додатковий стимул для побудови відносин психотерапевта з членами родини; вивчити реакції членів родини при виконанні ними завдань; здійснити підтримку членів родини, тому що під час виконання завдань психотерапевт як би незримо присутній.

Хейлі також застосовував метафоричні і парадоксальні завдання. Перші будувалися на пошуках аналогій між подіями і вчинками, що на перший погляд зовсім різні; другі являють собою такі інструкції, яким члени родини пручаються і тим самим змінюють свою поведінку в потрібному напрямку.

На думку Дж. Хейлі, «психотерапія може бути названа стратегічною, якщо клініцист визначає і ініціює те, що відбувається протягом психотерапевтичного сеансу і намічає певний підхід для вирішення кожної проблеми. Те, що відбувається при зустрічі психотерапевта і людини з проблемами, визначається обома, але при стратегічній психотерапії ініціативу бере на себе психотерапевт. Він повинен ідентифікувати проблеми, намітити цілі, визначити, якими мають бути необхідні втручання для досягнення цих цілей, проаналізувати реакції, які він отримує від клієнта, щоб відкоригувати свій підхід, і, врешті-решт, подивитися на результат психотерапії, щоб визначити, чи була вона ефективною. Психотерапевт повинен бути дуже чутливим і тонко реагувати на пацієнта і своє оточення, але те, що він буде робити, повинен визначати тільки він сам».

Суттю стратегічного підходу є розробка стратегії для рішення проблем, тому що зміни в родині важливіші, ніж розуміння причин порушень. Представники цього напрямку досліджують фактори, які забезпечують стійкість проблеми, що підтримується існуючою взаємодією в родині, і тому прагнуть виявити ту поведінку, що підкріплює проблему. Психотерапевти вважають, що нормально функціонуюча сім'я – це та, яка уникає симптомів і здатна функціонувати відповідно до вимог мінливих обставин.

Системна сімейна психотерапія – напрям сімейної психотерапії, що базується на системному підході, основним постулатом якого є неможливість звести ціле до суми частин. Іншими базисними ідеями є циркулярна взаємопричинність, залежність зміни цілої системи від зміни однієї з частин, намагання зберегти системний гомеостаз та одночасно прагнення до зміни.

Системний підхід розширено підходить до поняття сімейної психотерапії і припускає можливість роботи з окремою людиною; психотерапевт при цьому мислить у категоріях цілісної сімейної структури.

У системній сімейній психотерапії використовуються «...вісім найважливіших **понять та принципів системного підходу**: 1) цілісність, 2) зв'язок, 3) структура та організація, 4) рівні системи та ієрархія цих рівнів, 5) управління, 6) ціль та доцільність поведінки системи, 7) самоорганізація системи, 8) функціонування та розвиток систем».

Центральне місце серед усіх системних понять посідає поняття «система», яке Л. фон Берталанфі найбільш загально визначив як «комплекс взаємодіючих елементів». Ці системні поняття та принципи сформували системне бачення організації сім'ї у сімейній психотерапії. Тобто дослідники почали розуміти сім'ю системно з позиції спостерігача, враховуючи не стільки механізми інтрапсихічної природи симптоматичної поведінки ідентифікованого клієнта, скільки його залучення через симптоматичну поведінку до певних взаємин з іншими членами сім'ї (підсистемами) та рівень організації сім'ї як системи.

Позиція психотерапевта у цьому напрямку базується на необхідності стати частиною системи, тобто «приєднатися» до сім'ї, зберігаючи при цьому позицію нейтральності до ідей, правил та законів, що існують у сім'ї як у цілому та у її окремих членів. «Терапевт приходить як необізнаний партнер по комунікації, що подібно до чужинця розпитує про дорогу в системі». Клієнт, в свою чергу, сприймається як компетентна особа, навіть експерт.

В контексті здійснення сімейної психотерапії значні вимоги висуваються й до особистості самого психотерапевта, рівня його професіоналізму. Особливості використання тих чи інших методів та принципів сімейної психотерапії детермінуються специфікою конкретного її напрямку, в контексті якого здійснюється психотерапевтична допомога сім'ї.

Таким чином, значення сімейної психотерапії є надзвичайно важливим, оскільки саме сім'я є тією первинною соціальною групою, де здійснюється формування і становлення майбутньої особистості. Сімейна психотерапія як особливий вид психотерапії, спрямована на зміну міжособистісних відносин з метою усунення емоційних порушень у родині. Будь-які внутрішньо сімейні порушення є результатом несприятливих сімейних стосунків, тому дії сімейного терапевта потрібно направляти, у першу чергу, на зміну міжособистісних відносин у родині, а також прищеплювання дитині й членам родини соціально прийнятних норм поведінки й способів особистісного реагування.

Література

Чорна І.М. Методи налагодження взаємостосунків подружжя засобами сімейної психотерапії. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць.* Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. С.278-286.

Лекції 10-11 Тема: «Технології сімейної психотерапії»

1. Принципи психологічного консультування сім'ї.
2. Механізми психологічної корекції сімейних стосунків.
3. Особливості використання методів і прийомів сімейного консультування.
4. Доцільність застосування сімейної психотерапії.
5. Принципи і стадії процесу сімейної психотерапії на основі різних підходів.
6. Психотерапія наркозалежних (з сім'єю).
7. Принципи залучення резистентних сімей.
8. Сучасні моделі надання допомоги сім'ям з наркозалежним членом.

Психологічна допомога сім'ї найчастіше подається через **типологічне консультування або психотерапію**, що спрямовані на вирішення

психологічних проблем сім'ї за допомогою структурованого діалогу між консультантом і клієнтом. При цьому під **психологічним консультуванням** розуміють насамперед вплив, спрямований на корекцію міжособистісних стосунків клієнта в сім'ї. **Психотерапія** орієнтована переважно на вирішення глибинних особистісних проблем, які коріняться в більшості утруднень клієнта, що виникають у міжособистісних стосунках з іншими членами сім'ї. Залежно від орієнтації психологічної допомоги розрізняють такі **види психологічного консультування сім'ї** :

- подружнє;
- спільне дітей і батьків;
- батьків з приводу проблем дітей;
- сім'ї, один із членів якої серйозно хворий (соматично або психічно);
- тих, хто бере шлюб;
- тих, хто розлучається.

Консультування класифікують також за **тривалістю** (разова, короткострокова, тривала) і **характером допомоги** (просвітницько-рекомендаційна, діагностична, власне психологічна консультація).

Основна мета психолога, який здійснює консультування, — допомогти клієнтові віднайти шляхи і засоби розв'язання проблем, пов'язаних з утрудненнями в міжособистісних стосунках із членами сім'ї.

Для того щоб досягти цієї мети, психолог повинен розв'язати такі **завдання**:

- розібратися в суті проблеми, допомогти клієнту зняти емоційне напруження, краще усвідомити ситуацію, що склалася, застосовуючи рефлексивне вислуховування клієнта;
- розширити уявлення клієнта про себе, проблемну сімейну ситуацію, навколишню дійсність загалом, у результаті чого він починає по-новому бачити й оцінювати ситуацію, намагається знайти альтернативні варіанти поведінки в ній;

- допомогти клієнтові взяти на себе відповідальність за власний “внесок” у сімейну ситуацію;

- підтримати у клієнта віру в себе, готовність реалізувати виявлені способи подолання сімейних проблем насамперед через зміну власного ставлення до них і власної поведінки.

Розв'язати ці завдання можливо, дотримуючись певних **принципів**:

- **добровільності**, що означає власне бажання клієнта звернутись до психолога і, отже, орієнтацію його на сприймання психологічної допомоги;

- **конфіденційності**, тобто заборони передавати інформацію іншим особам без згоди клієнта (за винятком випадків, коли йдеться про загрозу життю і здоров'ю або клієнта, або інших людей, про що клієнт попереджається одразу);

- **доброзичливості, емпатійного ставлення** до клієнта, уміння уважно й активно вислуховувати іншу людину, виявляючи до неї повагу, зацікавленість у її долі;

- **безоцінного ставлення** до клієнта, уміння сприйняти його таким, яким він є, оцінюючи, але не засуджуючи його норми і цінності, життєві правила, оскільки розширити уявлення людини про навколишнє середовище можна, спираючись тільки на його власні уявлення;

- **відмови від поради**, від того, щоб брати на себе відповідальність за все, що відбувається в сім'ї клієнта, у противному разі у клієнта замість активного намагання вирішити проблему може сформуватися пасивне ставлення до неї; при цьому будь-які невдачі можуть приписуватись консультантові, що підриває його авторитет;

- **уникнення дружніх стосунків з клієнтом** з метою збереження об'єктивної і відстороненої позиції, необхідної для ефективного вирішення проблем клієнта;

- **правоти клієнта**, неможливості списати неуспішне консультування на неправильну гру клієнта, його впертість, неточне тлумачення проблем тощо.

У результаті психолог-консультант створює атмосферу доброзичливої довіри і як компетентніша у проблемі людина (завдяки професійній навченості) допомагає клієнтові віднайти шляхи її вирішення, подолати труднощі сімейного життя.

Психолог Ю. Альошина вирізняє кілька груп **методів і прийомів психологічного консультування сім'ї**: загальні навички психологічного впливу; неспецифічні прийоми роботи консультанта; спеціальні прийоми і методи психологічного консультування.

Загальні навички психологічного впливу пов'язані насамперед з дотриманням правил ведення консультативного прийому на основі етичних і професійних норм і принципів. При цьому вербальна і невербальна поведінка психолога допомагає створити сприятливий психологічний клімат бесіди, проаналізувати ситуацію, з'ясувати істинні причини виникнення проблеми, сформувані у клієнта впевненість у дієвості психологічних рекомендацій і бажання скористатися ними. Недостатнє оволодіння психологом відповідними навичками консультаційної бесіди може призвести до типових помилок:

- не встановлено необхідного психологічного контакту, що перешкоджає створенню атмосфери доброзичливості і довіри;
- перехід до вирішення проблеми без достатнього вивчення її сутності, подання рекомендацій, що ігнорують мотиви й інтереси клієнта;
- авторитарність щодо співрозмовника, нав'язування йому своєї думки, невміння вислухати, створення перешкод для роз'яснення й обґрунтування клієнту свого погляду;
- ставлення клієнту прямих запитань з метою одержання інформації для перевірки своєї точки зору, коли мотиви розпитування не зрозумілі співрозмовнику;
- жорстка прихильність попередньо сформульованій гіпотезі і "підштовхування" співрозмовника до неї шляхом ставлення відповідних запитань.

Неспецифічні прийоми роботи психолога-консультанта припускають використання різних технік і завдань, спрямованих на розв'язання завдань психологічного консультування незалежно від його цілей.

Наприклад, домашні завдання клієнтам (ведення щоденника самопостереження; завдання, які передбачають бесіди на задані теми, що їх мають вести члени сім'ї протягом певного часу; завдання фіксувати за заданим планом позитивних і негативних реакцій на дії інших членів сім'ї; завдання застосовувати певний час ті форми спілкування, відсутність яких призвела до складної сімейної ситуації) допомагають їм закріпити позиції і навички, засвоєні під час консультування.

Запитання, сформульовані так, щоб відповідь на них припускала зміну позиції клієнта до його проблеми (наприклад, розповісти про сімейні відносини з погляду іншого члена сім'ї), стимулюють розвиток ширшого уявлення клієнта про ситуацію.

Аналогічний ефект дає використання **“техніки парафразу”**, що полягає в перефразовуванні скарги клієнта з метою зменшення її негативного звучання, додавання їй позитивного відтінку (наприклад, скаргу на неслухняність дитини можна трактувати як прояв самостійності дитини, що дуже важливо для її майбутнього життя).

Спеціальні прийоми і методи психологічного консультування спрямовані на розв'язання конкретних завдань сімейного консультування. Так, використання **“техніки списків”** ґрунтується на тому, що важливим показником сприятливого сімейного клімату є спільне проведення дозвілля, що викликає задоволення членів сім'ї. Завдання консультанта — знайти у подружжя спільні інтереси й орієнтувати їх на виконання загальної справи, обговоривши й усунувши всі можливі перешкоди і труднощі. З цією метою, попередньо пояснивши подружжю, що і навіщо кожний робитиме, психолог пропонує кожному з них записати на

окремому аркуші паперу те, що його було б цікаво і приємно робити на дозвіллі.

Отримавши від подружжя два списки, консультант намагається знайти спільні справи, які подружжя могло б робити разом найближчими днями, а якщо спільних інтересів практично немає, запропонувати компромісний варіант.

Аналогічно застосовують “техніку контрактів”, коли подружжя (або інші члени сім'ї) на окремих аркушах записують вимоги і побажання стосовно один одного.

Перша фаза — створення клімату, що забезпечує успішне консультування шляхом вираження психологом позитивних установок на клієнта, переконання його в щирій зацікавленості у вирішенні проблеми і бажанні допомогти.

Друга фаза — створення своєрідного “катарсису”, який виникає внаслідок того, що клієнтові надається можливість висловитися з проблеми, звільнитися від негативних емоцій.

Третя фаза — усунення (по можливості) деструктивного фону через осмислення проблеми і переорієнтацію клієнта на позитивне, що є в цій ситуації.

Четверта фаза — постановка консультантом діагнозу, тобто з'ясування причини звернення клієнта в консультацію, про що клієнтові не повідомляється.

П'ята фаза — психолог допомагає клієнту самотійно поставити “діагноз” проблемної ситуації.

Шоста фаза — клієнт має усвідомити наявні варіанти вирішення проблеми і вибрати один з них. При цьому всі рішення клієнт повинен приймати самотійно, бо тільки тоді він почуватиметься відповідальним за власні вчинки і не відмовиться від прийнятого рішення в разі труднощів, що виникнуть.

Сьома фаза — закріплення мотивації щодо виконання прийнятого рішення.

Ця схема може змінюватися залежно від тривалості і характеру консультування.

Консультації **просвітницько-рекомендаційного характеру** ґрунтуються на психодіагностиці клієнта, членів його сім'ї і здійснюються здебільшого для молодих людей, які беруть шлюб, молодих родин у період адаптації, батьків, які відчують труднощі у вихованні дітей.

Таке консультування відбувається поетапно:

1. Знайомство з клієнтом, встановлення психологічного контакту з ним з метою зміцнення його мотивації щодо психологічного консультування.

2. Початок консультативної бесіди, коли клієнт називає причину звертання в консультацію, тобто скаргу, до структури якої входять:

- **локус скарги** — суб'єктний (на кого скаржиться клієнт: на дитину; на подружні відносини; на сімейну ситуацію загалом; на особисті проблеми; на третіх осіб, що мають стосунок до сім'ї) і об'єктний (на що скаржиться клієнт: на порушення здоров'я; на дитину чи на інших членів сім'ї; на рольову поведінку членів сім'ї, що не відповідає їх віку, статі, статусу; на індивідуально-психологічні особливості членів сім'ї; на психологічний клімат у сім'ї; на об'єктивні життєві обставини);

- **самодіагноз** — пояснення клієнтом причини сімейних труднощів, що побічно свідчить про ставлення до них клієнта і їх можливе джерело, про його уявлення про себе і сімейні взаємини;

- **проблема клієнта** — клієнт зазначає, що хотів би змінити, але не може або не впевнений у правильності своїх дій;

- **запит** — формулювання того, на яку допомогу розраховує клієнт (емоційну підтримку, надання інформації, формування позицій, навчитись впливати на членів сім'ї тощо).

На цьому етапі психолог здійснює первинну діагностику, тобто складає враження про клієнта на основі аналізу його вербальної і невербальної

поведінки, що дає змогу виявити явний і прихований зміст скарги, її підтекст, ставлення до особи, на яку клієнт скаржиться, до консультанта.

При цьому консультанта клієнт може вважати союзником, що здатний допомогти у вирішенні сімейних проблем, або особою, на яку можна перекласти відповідальність за складну ситуацію.

Клієнт може також бути орієнтований насамперед на те, щоб встановити певні стосунки з консультантом, а не змінити ситуацію, з якою він звернувся до консультанта.

У результаті первинної діагностики психолог визначає можливість подання клієнтові психологічної допомоги або направляє його до інших фахівців, висуває первинну гіпотезу про сутність проблеми клієнта і його родини.

3. Психодіагностичне обстеження клієнта. Здійснюється на основі результатів первинної діагностики з використанням методик, за допомогою яких діагностують особливості особистості того, хто отримує консультацію, членів його сім'ї, сімейних стосунків тощо.

4. Завершальна частина консультування. За результатами психодіагностичного обстеження в активній взаємодії з клієнтом психолог ставить психологічний діагноз причин проблемної ситуації, складає прогноз розвитку сімейних стосунків, складає програму дій щодо профілактики і розв'язання проблемних сімейних ситуацій, а клієнт мотивується на реалізацію прийнятого рішення у практиці сімейних стосунків.

Консультації, що мають **власне психологічний характер**, пов'язані насамперед з корекцією установок, стосунків, поведінки клієнта. При цьому психолог може використовувати спеціальні техніки (наприклад, елементи психодрами), спрямовані на розширення уявлень клієнта про себе і сімейну ситуацію. У такому консультуванні вирізняють первинний прийом, коли психолог вислуховує скарги клієнта, визначає його проблему за допомогою певних психодіагностичних процедур, а також цілі і завдання подальшої роботи.

На другому етапі консультування клієнт залучається до активного і глибокого осмислення своїх проблем. З цією метою психолог використовує спеціальні вправи і завдання, при виконанні яких з'ясовуються почуття, переживання клієнта, програвуються різні альтернативні варіанти взаємин клієнта з членами сім'ї з метою підготовки його до змін своєї поведінки.

На заключному етапі консультування психолог підбиває підсумки виконаної роботи, відзначає досягнення клієнта, заохочуючи його на подальші конструктивні кроки.

У разі потреби (і бажання клієнта) здійснюється психологічна корекція глибинних особистісних проблем клієнта, що спричинили його сімейні труднощі. **Механізмами** психологічної корекції є **базисні** та **психотехнічні засоби** (організація спілкування, моделювання досвіду реальної життєдіяльності, практики нових соціальних стосунків, удосконалення механізмів переживань, відчуття тощо) і **спеціальні психотехнічні дії** (техніка безоцінного, емпатійного слухання, техніка психодрами та ін.).

Така психологічна корекція сім'ї (найчастіше пов'язана з медичною психологією) потребує від психолога особливих **навичок: спостереження**, що дають змогу фіксувати усвідомлювані та неусвідомлювані ефекти сімейних взаємин; **концептуальних**, за допомогою яких відбувається теоретичне осмислення ідентифікованих сімейних проблем; **виконавчих**, що дають змогу оптимально впливати на процес сімейної взаємодії. Зазначені навички виробляються під час спеціальної підготовки, оволодіння основами **сімейної психотерапії**, під якою слід розуміти комплекс терапевтичних методів і прийомів, спрямованих на лікування пацієнтів через сім'ю, а також на оптимізацію сімейних стосунків.

При цьому психотерапія подружніх стосунків може ґрунтуватися на **моделі Дж. Домініана**, до принципів положень якої належать:

- шлюб складається з комплексу стосунків (фізичних, емоційних, соціальних, інтелектуальних, духовних), кожний з яких може бути порушений;

- шлюб має власний життєвий цикл, і на певних фазах його розвитку можуть виникнути певні проблеми.

У сімейній психотерапії існує кілька **підходів**, найвідомішими з яких є такі:

- **психодинамічний**, що ґрунтується на аналізі неусвідомлюваних бажань і психологічних проблем, пережитих на ранніх етапах онтогенезу; досягненні інсайту — усвідомлення того, як невирішені в минулому проблеми впливають на сімейні стосунки, виникнення неврозів і неконструктивної поведінки членів сім'ї;

- **еклектичний**, що інтегрує методи і прийоми особистісно-орієнтованої і поведінкової терапії, методи, які ґрунтуються на лікувальному ефекті навіювання (аутогенне тренування, медитація, гіпноз);

- **системний**, який ґрунтується на припущенні, що причини психологічних проблем і їх вирішення нерозривно пов'язані з характеристиками функціонування сім'ї як цілісної структури.

Саме цей підхід, як зазначає Е. Ейдемільер, вважають нині одним з найперспективніших, економічно доцільних, терапевтично ефективних напрямків у сімейній психотерапії. Системна сімейна терапія доцільна для родин, члени яких не відчужені один від одного, а об'єднані емоційними й особистісними “симбіотичними зв'язками», що призводять до гострих і хронічних конфліктних стосунків, неврозів, психосоматичних захворювань.

Недоцільно здійснювати системну психотерапію за наявності в сім'ї дітей дошкільного віку; ригідності життєвих установок членів сім'ї, особливо пов'язаних з їх переломним віком; стійких відхилень характеру у когось із членів сім'ї у вигляді істероїдної, епілептоїдної і паранойяльної психопатії; тимчасових психотичних станів.

Сімейний психотерапевт, працюючи із сім'єю на основі системного підходу, керується такими принципами:

- терапевтичний вплив спрямовується на сім'ю як єдиний організм;

- будь-які внутрішньосімейні порушення вважаються результатом сімейних стосунків, а не персональною провиною;
- особливо вирізняється позитивне значення сімейних проблем як сигналів про необхідність подання допомоги (мабуть, тому В. Сатір називає сімейні проблеми “болем сім'ї”);
- забороняється встановлювати сепаратні стосунки окремих членів сім'ї з терапевтом; члени сім'ї не повинні мати секрети один від одного.

У системній сімейній терапії вирізняють три стадії. Перша стадія — **збирання інформації**, коли психотерапевт з'ясовує, що власне члени сім'ї хочуть кожний для себе і для сім'ї загалом, як, на їхню думку, має функціонувати сімейна система, визначає поточний сімейний стан з метою виявлення ресурсів, які має сім'я в цей момент; що поки унеможливило досягнення бажаного стану. На цій стадії члени сім'ї набувають такого досвіду, що може стати моделлю їх майбутньої поведінки. Це досягається формуванням у членів сім'ї відчуття впевненості в собі й у терапевті як надійному посередникові; усвідомленням членами сім'ї процесу, у результаті якої вони опинилися у складній сімейній ситуації; встановленням відповідності між відчуттями кожного члена сім'ї і їх вербальним вираженням; визначенням точок дотику почуттів, бажань членів сім'ї, способів координації відчуття і станів, яких вони хочуть досягти.

На другій стадії — **перетворення сімейної системи** — психотерапевт допомагає сім'ї набутися досвіду, що стане моделлю оптимального сімейного функціонування. Це досягається руйнуванням неконструктивних шаблонів спілкування, встановленням ефективного зворотного зв'язку, показу можливих перспектив розвитку сімейних стосунків, конструюванням нових моделей стосунків членів сім'ї при використанні насамперед техніки психодрами, створенням “сімейних скульптур” та ін.

Третя, заключна, стадія психотерапії зводиться до **закріплення позитивних змін**, які члени сім'ї виробили на попередніх стадіях. В. Сатір

зазначає, що найбільш бажаним результатом сімейної терапії є не просто набуття досвіду спілкування, який сім'я може використовувати для подальшого розвитку, а й розуміння цього досвіду і конкретних прийомів, які використовував терапевт і члени сім'ї для гармонізації сімейних стосунків. З цією метою терапевт робить послідовний і детальний огляд психотерапевтичного процесу, виокремлюючи важливі стадії сімейних змін, засоби і можливості, необхідні членам сім'ї для подальшого розвитку. На цій стадії формуються також практичні навички побудови конструктивних сімейних стосунків.

Так, В. Сатір наголошує на важливості відпрацьовування так званих сигналів, які може використовувати будь-який член сім'ї, коли помітить якийсь з раніше застосовуваних шаблонів заданого спілкування, над зміною якого вони працювали разом з терапевтом.

У результаті відпрацьовування таких сигналів члени сім'ї здатні ефективніше використовувати їх у разі стресів та інших ситуацій, обираючи відкриту творчу поведінку.

Якщо **ідентифікованим пацієнтом** (членом сім'ї, з яким пов'язують основні проблеми сім'ї його рідні) є дитина, спільна сімейна терапія може розгортатись у такій послідовності:

- **попередня фаза, або фаза орієнтації**, коли з'ясовується проблематика сім'ї; у відсутності дітей батьків ознайомлюють з певними аспектами майбутньої роботи, зокрема з необхідністю

дати дитині висловитися і, можливо, піти на окремі, хоча б незначні, поступки щодо неї;

- **фаза центрування на дитині**, коли встановлюється максимальний контакт із дитиною, щоб вона почувалася захищеною і могла висловити власну думку з приводу того, що відбувається в сім'ї; при цьому важливо з'ясувати, у чому батьки готові поступитися за вимогою дитини, для того, щоб вона відчувала, що можливі зміни на краще;

- **фаза батьківсько-дитячих стосунків**, коли діти можуть відкрито висловлювати свої почуття до батьків; тут важливо надати можливість і батькам, і дітям висловити власні негативні переживання, роблячи акцент на їх позитивному аспекті;

- **фаза батьківської взаємодії**, коли обговорюються проблеми у взаєминах подружжя; при цьому терапевт інтерпретує висловлювання батьків іноді з позиції дитини або заохочуючи дитину передати власне сприйняття подій, що відбуваються; якщо при цьому в сім'ї є кілька дітей, у відносинах між якими існує ворожість, то настає:

- **фаза дитячої взаємодії**, коли члени сім'ї разом обговорюють причини проблем у стосунках між дітьми;

- **завершальна фаза**, коли симптоми сімейного благополуччя зникають або втрачають значення, як такі, що травмують; реальний досвід стосунків у сім'ї дедалі більшою мірою відповідає **ідеальній моделі сімейних взаємин**, відповідно до якої:

- ✓ усі члени сім'ї, включаючи дитину, рівноправні;
- ✓ кожний може і вміє висловлювати власні почуття, які відчуває в той чи інший момент до інших членів сім'ї;
- ✓ члени сім'ї не оцінюють негативно один одного, а вислуховують іншого, намагаючись зрозуміти його почуття;
- ✓ члени сім'ї не згадують неприємне минуле, спираються на принцип "тут і тепер", хвалять добрі справи і вчинки кожного;
- ✓ сімейна рада має тільки дорадчий голос, кожний має право прийняти чи не прийняти його; батьки радяться з дитиною;
- ✓ у сім'ї панують довіра, повага, любов, увага до переживань іншого, можливе відкрите обговорення будь-яких тем.

Дослідники О. Бодальов і В. Столін зазначають, що у родинах з дітьми дошкільного і молодшого шкільного віку, у яких спостерігаються ознаки дезадаптації, труднощі у спілкуванні, окремі невротичні реакції, доцільно

здійснювати комплексну психологічну корекцію. При цьому корекційний процес розгортається одночасно в кількох напрямках:

- **робота дитячої ігрової групи**, основним завданням якої є усунення перекручувань у психічному й особистісному розвитку дитини, перебудова несприятливих стереотипів поведінки і створення нових, адекватніших;

- **батьківський семінар**, що передбачає розширення психологічних знань батьків про сімейні стосунки й особливості сімейного виховання під час лекцій, групових дискусій, аналізу проблемних ситуацій, бібліотерапії;

- **робота батьківської групи**, спрямована на корекцію негативного досвіду стосунків у сім'ї, неадекватних батьківських установок насамперед на основі обговорень і психодраматичного розіграшу типових ситуацій спілкування в сім'ї і взаємодії з дитиною;

- **спільні заняття батьків з дітьми в ігровій формі**, що проводяться на початку і наприкінці роботи батьківської групи.

У результаті з'являється можливість оптимізації сімейних стосунків, процесу виховання дітей у сім'ї.

Лікування наркоманії - це тривалий, комплексний і етапний процес, що включає в себе медичний, психологічний і соціальний компоненти.

Робота з сім'єю наркозалежного є одним з напрямків у комплексі заходів, що складають єдину цілісну систему спеціалізованої наркологічної допомоги. Сім'я є тим основним ресурсом, який несе в собі «лікувальний» потенціал і визначає ефективність становлення ремісії у пацієнта.

З метою кращого розуміння проблем пацієнтів та їх близьких та дієвого вибудовування психотерапевтичного втручання ми виділяємо рівні надання різнопланової, в тому числі психотерапевтичної допомоги хворим з наркоманією. Виділення даних рівнів дозволяє надавати допомогу, виходячи з актуальних потреб пацієнта і членів його сім'ї – визначальної умови приєднання пацієнта і / або сімейної системи.

Актуальні потреби – то умова, яку створює можливість формування інших потреб, у тому числі, потреби у відмові від споживання психо-

активних речовин (ПАР), що збігається з основним завданням, яке стоїть перед системою надання наркологічної допомоги.

В даний час ми виділяємо **п'ять рівнів** надання такої допомоги, на кожному з яких пацієнт має переважну потребу щодо ПАР.

- **Рівень 1.** Активні споживачі ПАР, задовольняють актуальну потребу в споживанні. Вони не потребують і не звертаються за спеціалізованою наркологічною допомогою. Це контингент, на задоволення потреб якого розраховані програми зниження шкоди.

- **Рівень 2.** Активні споживачі ПАР, які звернулися за спеціалізованою наркологічною допомогою, але без мотивації до відмови від споживання ПАР. Це ті пацієнти, які прагнуть «збити дозу» і повернутися до «контрольованого» споживання. Їх звернення в наркологічну службу пов'язано з бажанням полегшити страждання, зумовлені споживанням ПАР, але не припинити їх споживання.

- **Рівень 3.** Пацієнти, які прагнуть до відмови від споживання наркотиків і звертаються за багатоплановою допомогою. Потреба у відмові від наркотику знаходиться на стадії формування, носить нестійкий характер. Як правило, пацієнт заявляє про своє бажання словами «Я хочу припинити споживання».

- **Рівень 4.** Пацієнти, які прийняли рішення припинити споживання і зберігати тверезість. Найчастіше це учасники реабілітаційних програм, які шукають відповідь на питання «Як зберегти тверезість?».

- **Рівень 5.** Пацієнти, що знаходяться в стійкій ремісії більше 2-3 років. Вони мають інші потреби, не пов'язані безпосередньо з проблемою споживання ПАР.

Характеристика психотерапевтичного втручання на різних рівнях (або як працювати на кожному з них).

Надання психотерапевтичної допомоги, у тому числі в роботі з сім'єю, можливо на кожному рівні, проте її обсяг, форма і зміст визначатимуться тими актуальними потребами, які залишаються у пацієнта

незадоволеними. Якщо коротко охарактеризувати роботу з сім'єю на кожному з рівнів, то це може виглядати наступним чином.

Робота сім'єю на першому рівні полягатиме в наданні допомоги сім'ї для збереження її організації та оптимального функціонування. Насамперед, це підтримка членів сім'ї. Пацієнт активно наркотизується і не бере ніякої участі в роботі. З одного боку, необхідно створити умови для захисту сім'ї від наслідків наркотизації її члена, а, з іншого, зберегти можливість звернення пацієнта до сімейної системи в разі його рішення прийняти спеціалізовану допомогу. Потреби членів сім'ї та пацієнта не збігаються, відбувається «функціонування сім'ї «без пацієнта».

Надання **допомоги родині на другому рівні** будується на підтримці стійкості сімейної системи до руйнівної дії споживання ПАР одним з її членів. Необхідна підтримка та створення функціональних адаптивних сімейних механізмів, які зберігали психічне і фізичне здоров'я її членів у разі погіршення стану хворого. Пацієнт демонструє страждання, які є наслідком споживання наркотику, шукає допомоги і підтримки в їх полегшенні, але не має істинної потреби в зміні свого способу життя. Цілі членів сім'ї та пацієнта «хибно» збігаються, як коли б лікування в наркологічній клініці було загальною потребою. У цьому випадку допомогу сім'ї в задоволенні потреби пацієнта буде підкріплювати поведінка наркозалежного, тому робота з сім'єю націлена на усвідомлення ролі сім'ї в підтримці цього поведінкового патерну і відмова від нього. Важливо продовжувати підтримувати сім'ю, спонукаючи її членів до задоволення особистих потреб, надаючи цьому значимість і цінність.

На першому і другому рівнях також слід працювати на подолання супутнього феномена спів-залежності у членів сім'ї.

На третьому рівні робота з сім'єю вибудовується навколо формування потреби пацієнта на відмову від споживання наркотиків. Ця потреба є загальносімейною і може служити для об'єднання всіх членів сім'ї, включаючи пацієнта. Залучення родини в роботу на цьому рівні може надати

вирішальне значення у зміцненні мотивації пацієнта на відмову від споживання ПАР і прийняття ним різнопланової допомоги. Після ствердної відповіді на запитання, «Чи хочеш ти припинити споживати наркотики?», пацієнту та його родичам важливо знайти відповідь на інше питання, «Як це можна зробити?».

Робота з сім'єю на четвертому рівні будується на базі потреби пацієнта зберегти тверезість. Це загальне свідоме бажання всіх членів сім'ї, навколо цього і ведеться робота. Важливо, щоб члени сім'ї усвідомили механізми, що зберігають і підтримують поведінкові патерни, які ведуть до відновлення наркотизації, і змінили їх. Основне питання цього етапу: «Як зберегти тверезість?».

Робота з сім'єю на п'ятому рівні практично не відрізняється від взаємодії фахівця з родиною, що має труднощі у подоланні горизонтальних і вертикальних сімейних криз, стресових подій життя. Це робота з звичними сімейними патернами, які можуть дестабілізувати сімейну систему, і вони безпосередньо не пов'язані з проблемою споживання ПАР.

Принципи залучення резистентних сімей. Одна з основних проблем, з якою зустрічаються фахівці в роботі з сім'єю наркозалежного, полягає в залученні близьких і родичів хворого в систему лікувальних і реабілітаційних заходів. Дані сім'ї відрізняються високою резистентністю, і фахівцям потрібно докласти множинні зусилля, щоб сім'я виявилася доступною для роботи. Взявши за основу принципи залучення резистентних сімей в сімейну психотерапію, розроблені американськими дослідниками М.Д. Стентон і Т.К. Тоддом, і спираючись на власний досвід роботи з сім'ями наркозалежних, ми сформулювали **10 принципів залучення сімей в програми відновного лікування та реабілітації.**

1. Принцип самостійності реалізується через самостійне рішення психотерапевта, кого і коли запрошувати на сімейну зустріч, не перекладаючи це на плечі пацієнта або інших фахівців. Для залучення членів сім'ї не потрібна згода пацієнта.

2. **Принцип активності** полягає в тому, що психотерапевт активно, використовуючи будь-яку можливість, запрошує членів сім'ї взяти участь у лікувальній програмі: телефонує, веде бесіду в коридорі при зустрічі з членами сім'ї, бере участь у батьківських зборах, в роботі громадських батьківських організацій та т.д.

3. **Принцип своєчасності** обумовлює ефективність терапії і визначається швидкістю встановлення контакту з пацієнтом та родиною. Чим швидше психотерапевт наладить контакт з хворим, тим більше вірогідність залучити сім'ю.

4. **Принцип «першого ряду».** Психотерапевту слід стати якщо не першим лікарем пацієнта і його сім'ї, то одним з перших. У наркології відомий так званий «симптом першої особи» - своєрідний «імпринтинг», або прив'язка пацієнта до лікаря, що полегшує страждання. Такі лікарі стають «своїми», часто єдиними довіреними особами. Незважаючи на поширену точку зору про безперспективність психотерапії наркологічного хворого на етапі детоксикації, досвід показав зворотні результати. Включення пацієнта на етапі «Детокс» в групову та індивідуальну психотерапію дозволило збільшити терміни його перебування в наркологічному стаціонарі, що на наш погляд обумовлено сформованим рівнем довіри і мотивації до отримання спеціалізованої наркологічної допомоги. Саме тому включення психотерапевта, що працює з родиною, в «перший ряд» фахівців, що надають спеціалізовану допомогу, дозволяє ефективніше здійснювати залучення сім'ї в програму лікування та реабілітації.

5. **Принцип поділу відповідальності за результати лікування** між його учасниками покладає певні обов'язки на сім'ю, в разі відмови від яких, сім'я змушена буде визнати своє прагнення залишити пацієнта «носієм симптому».

6. **Принцип пріоритетності** визначає цілі сім'ї стосовно лікування пацієнта як основні. Увага сім'ї зосереджена, перш за все, на допомозі пацієнтові.

7. Принцип некритичності обумовлює необхідність некритичного прийняття родини. При цьому члени сім'ї розглядаються не як «хворі», а як «здорові» люди, здатні до подолання сімейної кризи. Ніколи не слід звинувачувати членів сім'ї у виникненні наркоманії в їх сімейній системі.

8. Принцип сталості залучення сім'ї в програму здійснюється самим психотерапевтом. Перекладання цієї функції на інших, перекидання пацієнта від фахівця до фахівця приводить до зростання відмов.

9. Принцип заохочення диктує необхідність позитивного підкріплення як членів сім'ї, які активно беруть участь у роботі, так і психотерапевта за втягнення цих сімей. Даний принцип може бути реалізований за допомогою матеріального заохочення лікаря, виділення в його робочому графіку спеціального часу для цього виду роботи, звільнення його від деяких інших функціональних обов'язків, без збитку для основної діяльності. Члени сімей заохочуються знижками в лікуванні, наданням додаткових послуг.

10. Принцип зацікавленості психотерапевта справами сім'ї визначає ефективність роботи з залучення. Психотерапевт повинен мати риси характеру та установки: енергійність, ентузіазм, наполегливість, гнучкість, впевненість у власних здібностях допомогти і здібностях сім'ї прийняти цю допомогу.

Робота з сім'єю в умовах сучасної державної системи надання наркологічної допомоги.

Така робота регламентується нормативними документами і визначається сформованими умовами. Наркологічна допомога здійснюється в умовах ряду спеціалізованих установ: наркологічний диспансер, наркологічний стаціонар, наркологічне відділення стаціонару, реабілітаційний центр, реабілітаційне відділення, що забезпечують послідовність, наступність і комплексність її надання. Представлена нижче схема роботи з сім'єю базується на основному маршруті руху пацієнта в ній.

Пацієнт зазвичай звертається по наркологічну допомогу в установу першої ланки – наркологічний диспансер (або безпосередньо в наркологічний стаціонар). Потім, і найчастіше, він проходить лікування в умовах наркологічного стаціонару. Далі, при оптимальному розвитку ситуації, він знаходиться в реабілітаційній програмі, а потім знову спостерігається в кабінеті амбулаторного наркологічного відділення. Припускаючи саме цей маршрут пропонується наступна **схема надання психотерапевтичної допомоги сім'ї наркозалежного**.

1 етап, «невідкладна допомога»: звикання з дезорганізацією сімейної системи Мета: допомога сім'ї в звиканні з «шоковою реакцією», запобігання дезорганізації сімейної системи. Це вирішується за допомогою наступних завдань:

Підтримка родини. Здійснюється на принципах емпатії і безумовного прийняття, зняття унікальності переживань, вселення надії дозволяє членам сім'ї впоратися з важким емоційним станом.

Інформування. Рівень тривоги, випробовуваний родичами і пацієнтом, може бути знижений за рахунок надання конкретної інформації про характер захворювання і його природу, сучасних методах лікування та місцях надання різнопланової допомоги. Рекомендується психотерапевтові мати телефони служб системи наркологічної допомоги, їх графік роботи, точні адреси, схему проїзду. У разі потреби пацієнт або його близькі підуть з потрібною інформацією і відчуттям наданої їм допомоги навіть за відмови від участі в сімейної психотерапії.

Пошук сімейних ресурсів. Актуалізація сімейних ресурсів дає можливість впоратися з випробовуванням членами сім'ї відчуттям безпорадності, дозволяє відчувати себе здатними приймати рішення. Питання наступного типу дозволяють виявляти ці сімейні ресурси: «Які ваша сім'я переживала в минулому кризи і як їх долала?», «Хто і як з членів сім'ї може допомогти?», «Який вплив члени сім'ї мають на хворого?» і т.п. До завершення бесіди формується кілька можливих варіантів

вирішення проблеми. На цьому етапі не слід критикувати озвучені рішення, а дати можливість прийняти їх самостійно на основі отриманої інформації та міжособистісної взаємодії. Прийняте рішення необхідно підкріпити переліком подальших конкретних кроків (куди, коли, навіщо, на який термін ...).

Робота сімейного психотерапевта на догоспітальному етапі будується в стилі сімейного консультування і відрізняється високою активністю, директивністю і відповідальністю.

2 етап: залучення сім'ї в сімейну психотерапію. Мета: сформувати у сім'ї мотивацію до проходження сімейної психотерапії та до співпраці щодо створення умов ефективного лікування та реабілітації наркозалежного, вирішується за допомогою наступних завдань: залучення всіх членів родини до сімейної психотерапії; приєднання до сім'ї; сімейна діагностика; формулювання реальних цілей та завдань процесу одужання (строки та швидкість одужання, очікувані результати, труднощі, витрати, втрати, компроміси); укладення контракту.

Даний етап зазвичай збігається з моментом проходження пацієнтом детоксикаційної терапії. У цей час доцільно провести дві зустрічі з родиною. На першій зустрічі через важкість соматичного стану пацієнт, як правило, не присутній. Друга зустріч проводиться в останні дні госпіталізації пацієнта в наркологічному стаціонарі і передбачає присутність всіх членів сім'ї. Робота на даному етапі вибудовується на засадах сімейної системної психотерапії і завершується укладенням контракту, що визначає відповідальність і права сторін на момент відновного лікування та реабілітації пацієнта.

3 етап - активної сімейної психотерапії. Мета етапу: створення сприятливого сімейного середовища для успішного одужання пацієнта. Його завдання наступні: вирішення проблем, пов'язаних з дезадаптивною поведінкою пацієнта; дослідження і дозвіл деструктивних патернів сімейної взаємодії в підтримці деструктивної поведінки ідентифікованого пацієнта;

актуалізація сімейних і поза-сімейних ресурсів; придбання нового досвіду з розв'язання сімейних труднощів.

Оптимальною умовою успішного проходження цього етапу є участь пацієнта в програмі реабілітації. Сімейна психотерапія складова цієї програми, один із заходів її комплексної структури. Вся робота вибудовується навколо основної задачі створення оптимального середовища для підтримки тверезості пацієнта. Зміни в сімейній системі повинні йти паралельно з змінами, що стосуються самого пацієнта.

4 етап завершальний (від'єднання). Мета: передача відповідальності за функціонування сім'ї без залучення психотерапевта в сімейну систему. Критеріями своєчасності від'єднання є: досягнення стабільних позитивних змін в сімейній системі;

Сучасні моделі надання допомоги сім'ям з наркозалежним членом

Розглянемо **три моделі роботи** з «наркозалежними сім'ями».

Модель структурної сімейної терапії наркоманів М.Д. Стентона і Т.К. Тодда, запропонована в 1979, заснована на структурному підході, що не вимагає звернення до історичного минулого сім'ї та аналізу істинних причин того, що відбувається. Головний акцент на терапевтичні зміни, що стосуються поточної взаємодії. Зусилля психотерапевта спрямовані на встановлення меж і перебудову сім'ї, нерідко на основі проведення демаркаційної лінії між поколіннями, що відокремлює дітей від батьків.

Незважаючи на те, що дана модель була розроблена авторами досить давно, принципи її реалізації та підходи можуть з успіхом застосовуватися і в нашій дійсності, де замісна терапія не знайшла свого застосування.

В оригінальній моделі сімейна структурна терапія була доповненням до основної програми лікування залежності. Кількість сімейних зустрічей 10-12, максимум 18, їх тривалість - 1,5 години. Сімейна терапія була важливим елементом у комплексі заходів психолого-соціальної реабілітації.

Короткострокова біфокальна модель сімейно-групової психотерапії представлена роботою двох ізольованих один від одного груп, у фокусі роботи яких знаходяться універсальні проблеми наркозалежних сімей. Обмін інформацією між групами відбувається у вигляді групових послань і їх обговорень. Короткострокова модель розрахована на 58 годин, складається з 4 етапів і реалізується протягом 6 місяців. Частота зустрічей з сім'єю і групою визначається завданнями кожного етапу.

Мета реалізації моделі - забезпечення адаптивного функціонування сімейної системи в момент сімейного кризи (наркоманія), виявлення і використання лікувального ефекту сім'ї у подоланні залежності у її члена. Мета вирішується за допомогою здійснення наступних завдань: прийняття відповідальності за проблеми кожним членом сімейної системи; підвищення відповідальності за свою поведінку і своє життя у кожного члена сім'ї; підвищення психологічної компетентності; розвиток адаптивних стратегій подолання; орієнтація на вирішення проблем, а не на пошук причин.

Використовувані методи: сімейна системна психотерапія, груповий тренінг з елементами індивідуальної та групової психотерапії, ситуаційно-рольові ігри, мозковий штурм, лекції, дискусії, психогімнастичні вправи.

Підготовчий етап розрахований на дві сімейні сесії по 2 години один раз на тиждень і має на меті залучення сім'ї в роботу за програмою реабілітації наркозалежного. Це вирішується за допомогою наступних завдань: сімейної діагностики; вироблення мотивації у членів сім'ї для участі в програмі реабілітації.

Мета основного другого етапу, групової роботи, - формування адаптивних сімейних стратегій подолання стресових ситуацій, що виникають у сім'ї. Його завдання полягають у підвищенні інформованості учасників про проблему наркозалежності; виявленні та актуалізації сімейних ресурсів; в навчанні навичкам ефективної сімейної комунікації, що

перешкоджає наркотизації; у виробленні адаптивних сімейних навичок опанування типовими ситуаціями, що виникають у сім'ї; в формуванні навичок опанування в конфліктних ситуаціях.

Використовувані методи і форми: тренінг «батьківської компетентності», групова психотерапія, рольові ігри, психогімнастичні вправи, мозковий штурм, дискусія.

Другий етап розрахований на 40 годин, працюють дві групи (батьків та наркозалежних), не перетинаючись один з одним. Тривалість групового заняття 2 години, регулярність зустрічей 3 рази на тиждень, всього 10 занять для кожної з груп. Батьки проходять тренінг батьківської компетентності. У групі наркозалежних в ході дискусій, рольових ігор, вирішуються типові проблеми, що виникають в сім'ях, що дозволяє підліткам обмінюватися досвідом вирішення проблемних ситуацій, зняти унікальність переживань, знайти адаптивний спосіб взаємодії у власній родині.

Лекція 12. Тема: «Історія аромотерапії та її застосування в сучасній психотерапевтичній практиці»

1. Дослідження впливу ароматів у древньому Єгипті.
2. Дослідження французького хіміка і парфумера Рене Моріс Гаттефосс.
3. Типи дії аромотерапії.
4. Функції та застосування ефірних олій.
5. Правила безпеки при застоуванні ефірних олій.
6. Способи застосування ефірних олій.
7. Основні принципи застосування методу аромотерапії.

Аромотерапію по праву називають «терапією гармонії» що зціляє психічну, емоційну і фізичну сфери людського організму.

Ароматерапія — це метод лікування із застосуванням натуральних ефірних олій, що вводяться в організм через дихальні шляхи, шкіру, слизисті оболонки. Більш 6000 років знайоме людство із ефектом впливу натуральних ефірних олій, з їх цілющими і властивостями.

Історія ароматерапії сягає своїми коренями у доісторичні часи. У кам'яних печерах первісної людини, знайдених на території різних країн, вчені знайшли залишки рослин. Виявилося, що люди в період палеоліту не тільки прекрасно орієнтувалися в рослинному світі, але і використовували рослини з лікувальною метою. Зважаючи на знайдені залишки пилка, прополісу, а також наскальні малюнки, можна з упевненістю затверджувати, що в житті первісної людини рослини відігравали важливу роль. Травами прикрашали житла, використовували в якості постелі. У печерах на території Іраку була виявлена могила, у якій зберігся пилок рослин. Вчені припустили, що в покійного на голові був вінок, як мінімум, що складався з п'яти квітів. Більшість ароматів, використовувалися спочатку у вигляді свіжих або висушених рослин, а пізніше — у виді різних екстрактів, концентратів, протирань, мазей.

У первісній «парфумерії» використовували підпалювання смолистих виділень — ладану й інших смол. Згодом рослини, багаті ароматичними речовинами, стали змішувати з тваринними і рослинними оліями для змазування тіла під час ритуальних церемоній. Люди покривали свою шкіру ароматними оліями, тим самим захищаючи себе від жару і пересихання шкіри. Ця практика була поширена аж до берегів Середземномор'я, де атлети змащували свої тіла ароматними оліями перед спортивними змаганнями.

Властивості ефірних олій ще в глибоку давнину використовували у Єгипті, Китаї, Індії, Персії. У древньому Єгипті ранком палили смоли, опівдні — мир, а на заході сонця — кіфі. Аромати знайшли широке застосування в повсякденному житті древніх єгиптян. Їх використовували

для дезінфекції повітря в житло, відходу за шкірою тіла, готування ароматичних ванн, ароматизації білизни, а також як добавку в їжу, вино.

Гіппократ рекомендував своїм пацієнтам при лікуванні багатьох захворювань щодня приймати ароматичні ванни і робити масаж з цими оліями. Але не тільки в побуті і медицині застосовувалися ефірні олії. Давньоєгипетські жреці використовували них під час релігійних церемоній для того, щоб увести тих, що зібралися в транс і активно впливати на їхню свідомість, підкоряючи своїй волі. Секрети приготування і застосування ефірних олій були відомі тільки обраними, оскільки цілющі властивості ароматів вважалися надприродними.

У країнах Сходу склалися свої традиції використання ароматів. В Індії вважають, що аромати розкривають душеві і набудовують розум. При будівництві храмів, наприклад, у розчин додавали, відповідно до таємних рецептів, ефірні олії, що не тільки сприяло дезінфекції повітря в приміщенні, але і створювало атмосферу прохолоді, розташовуючи до спокою, роздумам і медитації.

Протягом всієї історії ефірні олії були символами багатства і підносилися як найцінніші дарунки. На жаль, багато секретів аромотерапії як мистецтва лікування канули у вічність разом з великими імперіями. Тому багато чого доводиться відкривати заново.

Термін «аромотерапія» було запропоновано в 1935 році французьким хіміком і парфумером Рене Моріс Гаттфосс. Він досліджував властивості ефірних олій і прийшов до висновку, що багато ароматичних олій діють ефективніше, чим їхні синтетичні замінники або ізольовані активні інгредієнти. Рене Моріс Гаттфосс, експериментуючи у своїй лабораторії, випадково обпік руку й опустил її в посудину з олією лаванди. До його подиву, опік на руці зажив набагато швидше, ніж звичайно і не залишивши ніяких шрамів. Це зацікавило Гаттфосса, і він почав вивчати властивості лавандової олії більш ретельно. Результати своїх досліджень він виклав у книзі «Аромотерапія».

Під час першої світової війни ефірні олії тім'яна і лаванди використовувалися для лікування вогнепальних раней і стерилізації інструментів. Будучи натуральними антибіотиками, ефірні олії не просто вбивають бактерії і віруси, але і стимулюють імунну систему.

Незважаючи на те, що ароматерапія відігравала істотну роль у великих цивілізаціях глибокої стародавності, сьогодні це не просто повернення до традиційної медицини минулого. Нині ми спостерігаємо використання вже відомих і перевірених століттями знань про аромати і впровадження нових, обґрунтованих на більш високому науковому рівні, що базується на глибокому знанні анатомії, біології, медицини.

У наші дні мистецтво ароматерапії поширилося по усьому світі. В сучасній психотерапії активно використовується метод ароматерапії.

Зокрема, вивченню засобам впливу ароматерапії присвятили свої дослідження О. Ф. Авдеева, Л. М. Бодалева, М. Ивенсе, В. В. Луцюк, К. Мак-Гилвери, Д. Рид, Н. В. Нагорная, А. В. Прохоров, С. С. Солдатченко, Г. Ф. Кащенко, В. А. Головкин, П. Ширли.

Стреси, забруднення навколишнього середовища, неправильне харчування, неспокійний, але в той же час малорухомий спосіб життя негативно впливають на тіло і душу. Метод ароматерапії використовує властивості чистих ароматичних олій, впливаючи на нюх і дотик і відновлюючи гармонію душі і тіла.

Найбільш розповсюдженим ароматерапевтичним засобом являються ефірні олії. Крім них використовуються фітонциди рослин, а також допоміжні матеріали — насамперед жирні олії і водні розчини. Рідше застосовуються синтетичні летучі ароматні речовини, рослинні екстракти.

Розрізняють типи дії ароматерапії:

1. Фармакологічний — після застосування ефірного масла в організмі відбуваються хімічні зміни викликані взаємодією компонентів ефірних масел з гормонами, ферментами, кислотами організму.

2.Фізіологічний — ефірні масла здійснюють стимулюючу або заспокійливу, відновлюючу дію на органи чи тканини організму задіюючи нервову систему.

3.Психологічний — в результаті вдихання ефірних масел виникає індивідуальна реакція організму на запах. Емоційна реакція може викликати психічні та фізіологічні зміни в організмі.

Терапевтичний ефект ароматерапії знаходить пояснення при дослідженні процесів взаємодії летючих ароматних речовин із рецепторами.

Ароматерапевтичні продукти і композиції психотерапевти використовують у пароподібному виді (інгаляції, аромоламп, аромомедальйони); у складі зовнішніх засобів (масаж, ванни, компреси); для полоскань і зрошень; усередину в складі комплексних препаратів (сиропів, капсул, водного розчину, у свічках, ароматичних паличках). Ефірні олії використовують також для аромо-розчісування, наносячи потрохи краплі олії на кінчики гребінця.

Протягом багатьох століть людина прагнула пізнати секрет аромату, витягти його з рослин, що пахнуть, і поставити собі на службу. Аромати – невід’ємна частина нашого життя. У виді ефірних олій аромати придбали велику концентрацію, зручність у застосуванні, дали можливість, наприклад, оцінити принадність чайного дерева або евкаліпта людям, що живуть у Європі.

Ефірні олії — це багатокомпонентні органічні сполуки терпенів, спиртів і альдегідів, що виробляються ефіроолійними рослинами. В даний час відомо близько 200 різних ефірних олій, що при грамотному застосуванні роблять яскраво виражену лікувальну дію і не мають побічних ефектів. Хімічний склад ефірної олії дуже складний. Кількість різних органічних і неорганічних речовин, що входять до складу ефірних олій, варіюється від 120 до 500. Тому штучним, хімічним шляхом скопіювати його неможливо. От чому синтетичні олії не мають лікувальні властивості натуральних ефірних олій.

Ефірні олії — це прозорі, безбарвні або злегка пофарбовані рідини, що мають характерний запах і смак; нежирні, випаровуючись при кімнатній температурі, не залишають на відміну від рослинних олій жирних плям на папері (може спостерігатися тільки легке фарбування, якщо ефірна олія має колір); легше води і практично у воді не розчиняються (при використанні ефірних олій з водою необхідні емульгатори молоко, вершки, мед, морська сіль); окислюються під впливом світла і кисню, у зв'язку, з чим вимагають особливих умов збереження; мають широкий спектр біологічної активності.

Кожна ефірна олія багатофункціональна, проте, вчені виділяють загальні **функції ефірних олій:**

- * всі ефірні олії мають бактерицидну, протизапальну й антисептичну дію
- * всі ефірні олії позитивно впливають на нервову систему
- * всі ефірні олії благотворно впливають на емоції і психічне здоров'я
- * всі ефірні олії мають позитивними дерматологічний і косметичний ефект, активно відновлюючи і зберігаючи здоров'я і красу шкіри і волосся
- * всі ефірні олії обновляють механізм саморегуляції в організмі
- * всі ефірні олії мають біоенергетичну цінність
- * 70% ефірних олій швидко усувають дефекти шкіри після опіків і травм
- * 65% ефірних олій мають знеболюючі властивості
- * 60% ефірних олій є стимуляторами лібідо
- * 60% ефірних олій благотворно впливають на функції і стан органів дихання
- * 50% ефірних олій нормалізують функції і стан органів кровообігу
- * 40% ефірних олій цілюще впливають на систему травлення
- * 40% ефірних олій відновлюють функції видільних систем організму
- * 30% ефірних олій очищають організм від шлаків, нейтралізують отрути
- * 30% ефірних олій відновлюють і підвищують активність імунного захисту організму
- * 30% ефірних олій оптимізують роботу залоз внутрішньої секреції [5,7].

У зв'язку з тим, що виробництво ефірних олій дуже трудомістке і дороге, деякі виробники випускають замість натуральних ефірних олій ароматичні

сурогати, виготовлені хімічним шляхом синтетичні ароматні олії з аналогічним запахом натуральних олій або рослин. Такі олії називають ще натуралізованими. Поняття «натуралізований» означає, що олія була отримана штучним шляхом, але в нього є природний аналог. Оскільки скопіювати склад натуральних ефірних олій неможливо, та більшість синтетичних олій не тільки не мають лікувальних властивостей, але і небезпечні при застосуванні в аромолампах, а саме головне при внутрішньому застосуванні. Як правило, синтетичні олії коштують набагато дешевше і не мають «чистого» запаху натуральних ефірних олій. Тому, з метою збереження здоров'я, варто обережно ставитися до такого роду сурогатів і пам'ятати, що синтетичні олії можуть використовуватися тільки як парфумерна продукція.

Узагальнюючи досвід роботи різних аромотерапевтів, пропонуємо **узагальнені правила безпеки:**

1. Строго дотримуйтеся правил дозування, передбачених в інструкції.
 2. Починайте користуватися оліями з мінімальних доз. При прийомі ароматичних ванн перші 2 сеанси не повинні тривати більш 5 хвилин. В аромолампах перші 2 сеанси - не більш 20 хв. Якщо самопочуття після ванни гарне, час можна поступовий збільшувати.
 3. Не наносіть нерозбавлену олію на шкіру і слизисті оболонки.
 4. Обов'язково тестуйте пацієнта на алергореакцію.
Для цього нанесіть 1 краплю олії на ліктьовий згин і простежите, немає чи алергійних реакцій на шкірі - опухлостей, набряків, крім звичайного почервоніння і легкого печіння. Перевірка алергії на запах - 1 краплю олії нанести на носову хустку і підносити його до носа протягом дня. Ознаки алергійних реакцій - нежить, слезотеча.
 5. При нестерпності запаху (особливо під час вагітності) ефірні олії не застосовувати!
 6. Зберігати олії щільно закритими в темному місці, недоступному для дітей!
- Курс аромотерапії не повинний перевищувати 3-х тижнів!

7. При серцевих захворюваннях, при бронхіальній астмі й астматичних станах олії застосовувати тільки після консультації з лікарем!

8. При вагітності й епілепсії рекомендується використовувати ефірні олії в обмеженій кількості і під наглядом профільного лікаря! Концентрація їх повинна бути в 2 рази менше звичайної.

Особливості застосування ефірних олій у дітей.

1. Строго дотримуватися дозувань і правил застосування з врахуванням протипоказів.

2. Перед проведенням процедур обов'язкова перевірка дитину на чутливість до ароматичної олії!

3. Дітям до 12 місяців рекомендуються безпечні ефірні олії лаванди, апельсина, чайного дерева. Для масажу або ванн потрібно всього 1 крапля олії, розведена в 1 столовій ложці основної олії.

4. Дітям від 1 року до 5 років для цих же процедур досить 2-3 крапель.

5. Дітям від 6 до 12 років можна застосовувати ті ж ароматичні олії, що і дорослим, але їхня концентрація повинна бути в 2 рази менше.

6. Підліткам від 13 років можна застосовувати ті ж ефірні олії, що і дорослим, у тих же дозах.

У психотерапевтичній практиці використовують наступні **способи застосування ефірних олій**: аромолампи, інгаляції, ароматичні ванни, компреси, розтирання, масаж.

Аромалампи. В аромолампі налити теплу воду, додати невелика кількість ефірної олії, після чого запалити свічку. Ємність для випару не повинна бути занадто маленькою, інакше вода швидко випарується, і олія почне горіти. Кількість крапель залежить від величини приміщення: 2 краплі ефірної олії на 5 кв. м площі. За рахунок повільного підігрівання води йде поступове насичення повітря ароматом. Вода не повинна кипіти, інакше якість і дія аромату зміниться. Проводити цю процедуру необхідно в провітреному приміщенні і при закритих вікнах і дверях. Ніколи не залишайте палаючу аромолампі без догляду!

Інгаляції. Вдихається аромат олії або безпосередньо з флакона, або після нанесення на тканину. Подих повинний бути рівним і глибоким. Час інгаляцій 3-10 хвилин. Очі бажано закрити. Молекули ефірних олій, потрапляючи на рефлексогенні зони слизової оболонки носа, викликають імпульси, що направляються в головний мозок і впливають на функціонування нервової системи, регулюють рівень виділення гормонів, підвищують опірність організму інфекційним захворюванням.

Ароматичні ванни. Цілюща сила ароматичних олій роблять ванну процедурою, надзвичайно корисної для всього організму. Ефірні олії стикаються з усією поверхнею тіла. За рахунок високої проникаючої здатності швидко всмоктуються шкірою, потрапляючи в лімфатичну систему і кров'яне русло. Ефірні олії впливають на легені, кишечник, центральну і периферичну нервову системи. У наповнену водою ванну потрібної температури додати необхідна кількість ефірної олії, змішаної з емульгатором. Емульгатори — це речовини, що дозволяють ефірній олії легше змішуватися з водою. Час процедури 10-15 хвилин. Збільшення часу прийому ванни повинно бути поступовим.

Шампуні з додаванням ефірних олій зміцнюють волосся і покращують стан шкіри голови, ефективні проти лупи. У 100 мол нейтрального шампуню додати 10-15 краплі ефірної олії. Для жирного волосся: рекомендується розмарин, чайне дерево. Для сухого волосся: лаванда й апельсин. Для росту волосся: розмарин, тмін. Проти лупи: евкаліпт, чайне дерево.

Компреси. Речовини, що утримуються в ефірних оліях, проникають через ділянку шкіри, в прямій проекції до хворого органа, попадають у лімфу і роблять протизапальний, знеболюючий, спазмолітичний вплив. У воду (300-400 мол необхідної температури) додати 5-7 краплі ефірної олії, після чого занурити в розчин бавовняну серветку, злегка віджати, прикласти на область хворого органа, прикрити компресним папером і закріпити сухою тонкою тканиною. Час процедури 30 – 40 хвилин, поки компрес зберігає тепло.

Розтирання. Прекрасно допомагають при запальних явищах у м'язових, нервових, сполучної тканинах, впливаючи на лімфатичну систему, систему подиху і кровообігу. У 10 мл функціональної олії додати 10 краплі ефірної олії, нанести на chore місце і втирати сильними, енергійними рухами.

Масаж. Є одним з найбільш активних методів впливу на організм. Забезпечує швидке проникнення аромомасел у лімфу і кровоносне русло, що дає ефект комплексного впливу на організм. Крім позитивного впливу на органи дихання, кровообігу, центральної і периферичної нервової системи, відбувається оздоровлення печінки, кишечника і покращується робота ендокринної системи. Змішайте 15 – 20 крапель ефірної олії з 50 мл функціональної олії і добре збовтайте. Після чого виконується масаж згідно показів лікаря.

На основі аналізу наукової літератури ми систематизували **основні принципи застосування методу аромотерапії** в сучасній психотерапевтичній практиці.

1. Принцип комплексного підходу до пацієнта.
2. Принцип активізації потенціалу, стимулювання, підвищення захисних ресурсів організму.
3. Принцип індивідуальності.

Важливо застосовувати тільки приємні пацієнтові запахи. Самий сильнодіючий аромат не дасть належного ефекту, якщо він неприємний пацієнтові.

4. Принцип різнобічного впливу.

Аромат рослин є комплексом різних біологічно активних речовин, тому ті самі аромати можуть використовуватися для лікування декількох захворювань і в той же час для лікування якогось конкретного захворювання можна використовувати різні ефірні олії. Наприклад, олія лаванди є одним із кращих антисептиків, але володіє також здатністю робити седативний ефект, поліпшувати настрій, усувати втому, депресію, головний біль.

5. Принцип строго дозування.

Практичний досвід показує, що менші дози можуть дати набагато більший ефект, особливо якщо проблема носить емоційний або психологічний характер. Малі дози ефірних олій є стимуляторами, а великі дози пригнічують життєво важливі процеси в організмі.

6.Принцип індивідуальний підходу.

Відсутність шаблонів, підбір строго індивідуальної комбінації ароматів для кожного конкретного пацієнта.

7.Принцип регламентації тривалості курсу аромотерапії.

Тривалість кожної процедури і курсу в цілому різна. У кожному конкретному випадку вона визначається індивідуально, обумовлена як використанням засобом аромотерапії, так і станом здоров'я.

Інгаляції можна проводити щодня 1-2 р. у день протягом 7-10 днів, ванни 2-3 рази в тиждень до припинення симптомів захворювання, потім 1-2 рази в тиждень з метою профілактики. Масаж 1 раз у 2-3 дня, курс 10-12 процедур.

8.Принцип суміжності аромотерапії та інших методів лікування.

Аромотерапія може використовуватися як самостійно, так і в комплексі з рефлексотерапією, фізіотерапією, масажем і медикаментозними методами лікування. Аромотерапія і традиційні методи лікування взаємно підсилюють дія один одного. Так, наприклад, при спільному застосуванні ефірних олій (лимон, лаванда, чайне дерево й ін.) і антибіотиків бактерицидний ефект підсилюється в 4-10 разів.

Аромотерапія - це науковий метод профілактики і лікування багатьох захворювань: зняття напруги, релаксації, активізації життєвого тону, позитивного настрою, відновлення загальної рівноваги організму і власної життєвої енергії, відновлення механізмів саморегуляції і стабілізації біоритмів людини, лікування різних психосоматичних захворювань (головних і м'язових болів, втрати сну й апетиту, при депресії, неврозах, інш.) Використання ефірних олій дозволяє здійснити профілактичний вплив, вилікувати нездужання, зміцнити здоров'я покращити психоемоційний стан пацієнта, підвищити якість життя.

Безумовно, ароматерапія не може замінити класичну медицину з її величезною кількістю фармацевтичних засобів. Однак, не відкидаючи застосування медикаментозних засобів, науково доведено безсумнівні переваги біологічно активних речовин рослин перед медикаментозними засобами в профілактиці і терапії цілого ряду патологічних процесів та експериментально доведено ефективність методу ароматерапії в психотерапевтичній практиці.

Література

Чорна І.М. Історія ароматерапії та її застосування в сучасній психотерапевтичній практиці. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць*. Київ: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2015. 254-260.

Лекція 13. Тема: «Теоретико-аналітичний огляд потенціалу застосування психотерапевтичного методу танцювальної терапії у роботі психолога»

1. Танець як засіб впливу на психоемоційний стан клієнта.
2. Танцювально-рухова терапія (ТРТ).
3. Танець-мова тіла, форма невербальної взаємодії.
4. Танцювальна терапія соматичні та експресивні аспекти терапії.

На даний час перед практичними психологами постає завдання пошуку нових ефективних діагностичних та психокорекційних методів. Одним із таких методів є танець. На сьогоднішній день традиційним є використання танцю як засобу вираження емоцій, зняття психологічної напруги, покращення емоційного стану, стимулювання творчої активності тощо.

Використання метододу танцювальної терапії, відкриває тілесний та емоційний досвід, посилює здатність пацієнта до вербалізації (почуттів,

тілесних відчуттів), дає передумови для використання власне вербальних методів психотерапії. Емоції, що звільняються й інтенсифікуються танцювально-терапевтичними прийомами, можуть підтримуватись та успішно пропрацьовуватись надалі, в ході інших видів терапії, що забезпечує послідовність терапевтичного процесу.

Актуальність використання танцювально-рухових методів терапії обумовлена також підвищенням інтересом людей до різноманітних видів танцю, що вплинуло на збільшення числа практикуючих психологів, які використовують в своїй роботі різноманітні види танцювальної терапії та їх складові. Поступово розширюються й сфери застосування танцювально-рухової терапії. Особливо зазначена проблематика набуває актуальності саме сьогодні в період інформаційної свободи, що робить можливим звернення уваги до тілесного. Відмічається загострена цікавість суспільства до тілесно-орієнтованих практик та їх розвитку, відродження танцювальної та фізичної культури. Тому цілком закономірно, що танцювальна терапія почала дуже швидко розвиватися та використовуватися широким колом спеціалістів, психологами, психотерапевтами.

Дану проблему досліджували: З.Фрейд, А.Адлер, В.Райх, К.Юнг, А.Лоуен, Ф.Перлз, М.Фельденкрайс, Ф.Александер, Н. Веремєєнко, А. Гіршон, Е. Гренлюд, В. Козлов, В. Лабунська, В. Никитін, Н. Роджерс, С. Руднева, Н. Пасинкова, А. Шкурко, Т. Еднрюс, А. Янов та багато інших. Науковці у своїх дослідженнях аналізують вплив почуттів на фізичний стан людини та вплив фізичного стану на її психіку.

Чейз М., Ходоров Дж., Шуп Т., Уайтхаус М. дотримуються думки, що рух тіла – це первинна форма комунікації, і використовують різноманітні тілесно-орієнтовані техніки, спрямовані на посилення самоусвідомлення і на зв'язування внутрішніх психічних процесів з почуттями і переживаннями у зовнішньому світі. Кінестетична емпатія означає, що терапевт тілесно відтворює стан почуттів і рухові якості клієнта. Кінестетичне усвідомлення терапевта (на основі самосприйняття) поруч із тілесно-чуттєвим розумінням

внутрішніх афективних станів пацієнта задіяні у процесі кінестетичної емпатії. Іншими словами, людина переміщує та включає те, що сприймає, у свій власний поточний досвід у формі кінестетичного наслідування (копіювання). Вона може сприймати емоційну поведінку інших і відразу ж переживати це у власному тілі завдяки кінестетичній емпатії.

Танець, будучи окремим проявом рухової активності, включає кінестетичні аспекти тілесності. По суті, танець – це текст, який ми розуміємо як сукупність знаків, що мають просторово-часову структуру і несуть інформацію про стани, риси характеру і стосунки особистості. Відома танцівниця-новатор А. Дункан визначала танець як рух, що досконало виражає певне індивідуальне тіло, певну індивідуальну душу.

Танець - це самостійна жива мова, і те, що передається їм, вище приземлених реалій, над якими танець піднімається до більш високого рівня образів і алегорій, що відображають найглибші людські переживання і потреби. І може бути, найголовніше тут в тому, що танець вимагає прямоти без зайвої мови. Бо сама людина в танці є і носієм змісту, і засобом його вираження, а інструментом вираження емоцій стає людське тіло, чий природні рухи створюють сам матеріал танцю - єдиний матеріал, який належить тільки виконавцю і яким тільки він один може користуватися.

Саме тому, науково доцільно проаналізувати потенціал можливостей впливу танцю на психіку, а через неї на фізичний стан людини, а також в зворотній послідовності: вплив танцю на фізіологічний стан клієнта, а через нього на психоемоційний стан.

Як зазначено в офіційному визначенні Американської асоціації танцювально-рухової терапії «Танцювально-рухова терапія (TRT) – це вид психотерапії, що використовує рух для розвитку соціального, когнітивного, емоційного й фізичного життя людини». Дослідники визначають танцювальну терапію як синтез психотерапії і танцювального мистецтва. Він базується на досвіді різних психотерапевтичних шкіл і побудові танцювальної педагогіки на уявленні про цілющу силу танцю, відому з

давніх часів. Фундаментальним положенням танцювальної терапії є переконання, що при зміні манери й характеру рухів людини, які віддзеркалюють риси її особистості, змінюється відношення як до себе, так і до оточуючих.

Через рухову взаємодію психотерапевт допомагає клієнтам адаптувати самосвідомість до сучасних реалій суспільного життя, проробити емоційні утиски, досліджувати альтернативні моделі поведінки, зробити сприйняття себе й інших більш точним, чуттєвим, викликати такі поведінкові зміни, які призведуть до більш гармонічного функціонування. Найважливішим аспектом танцювально-рухової терапії є те, що вона сприяє прояву індивідуальності, щирості, спонтанності, самоприйняттю. І, як наслідок, відбувається зміна установок, стереотипів, комунікацій. Підвищується самооцінка, з'являється впевненість у собі. Людина стає більш успішною, привабливою, задоволеною.

Як вказують дослідники (О. Бірюкова, М. Бебик), головна перевага танцювально-рухової терапії в порівнянні з іншими видами терапії полягає в тому, що вона є загальнодоступною, тому що при занятті цим видом терапії акцент ставиться не на якості виконаних рухів, що дуже болісно сприймається вразливою особистістю, а на вираженні людиною власних емоцій під час руху, вільному вираженні почуттів і абсолютної свободи рухів.

Акцентуючи увагу на важкості налагодження взаємодії з оточуючими, психолог, танцювальний терапевт Б. Мікумс в роботі, присвяченій корекції порушення відносин у діаді «мати-дитина», повідомляє про значне поліпшення взаємовідносин у парах після курсу ТРТ Б. Мікумс пропонує використовувати діадний танець матері та дитини як засіб діагностики й корекції контролю, турботи, розвитку емпатії, взаємної ідентифікації, стилю взаємодії тощо.

Традиційно вважається, що внутрішній світ людини самим безпосереднім чином пов'язано з тілом та рухами. Терапія, яка об'єднує в

собі роботу з тілом, рухами і емоціями є танцювально-рухова терапія, яку з давніх часів застосовували у роботі з людьми із проблемами у розвитку та здоров'ї. Її коріння сягають до древніх цивілізацій, в яких танець був важливою складовою життя. Ймовірно, люди почали танцювати і використовувати рухи тіла як засіб комунікації задовго до виникнення мови. Танець був вираженням найбільш важливих аспектів культури. Танець є ефективним засобом інкультурації людини, універсальною мовою спілкування, важливим важелем у формуванні ідеалів, цінностей, внутрішнього і зовнішнього стану людини.

У міжкультурному дослідженні танцю в різних суспільствах І. Бартенєффом, Поулеєм і Дж. Ломаксом виявлено, що ті рухи, які люди виробляли під час своєї щоденної роботи, увійшли в танцювальний стиль, в танцювальну форму цієї культури. Наприклад, широка і стійка постава ескімоса з швидкими, що нагадують стріли рухами рук, які були необхідні для підлідного лову риби і метання списа, була включена в танець. Суспільні цінності та норми передавалися з покоління в покоління через танець, таким чином, підтримуючи механізм виживання і передачі культурних ритуалів. Іншими прикладами використання танцю у культурах є приготування до чого-небудь, святкування, війни, надії на добрий урожай. У багатьох суспільствах танець продовжує служити цій важливій функції. Відчуття і почуття єднання і гармонії, які виникають у групових танцювальних ритуалах, дають людям емпатійне розуміння один одного.

Танець дозволяє людині без ризику висловити все, що може і не може бути виражено словами; він може як стимулювати, так і надавати форму глибоко прихованим фантазіям, таким чином символічно виражаючи людські можливості і конфлікти. Так як танець використовує природну радість, енергію і ритм, які доступні всім, він сприяє розвитку усвідомлення, розуміння «Я». Рух сам по собі змінює відчуття. Ці мінливі фізичні відчуття часто загострюються в танці. Вони забезпечують той базис, на якому виникають і виражаються почуття. Те, що знаходилося на невербальному і

несвідомому рівні, часто кристалізується в безпосереднє почуття і особистісне переживання.

Саме цей виразний і комунікативний аспект танцю, безпосереднє вираження емоцій на невербальному, фізичному рівні в спільних рухах під загальний ритм, характерний для примітивних суспільств, і вплинув на розвиток танцювально-рухової терапії. Танцювальна терапія – це вид психотерапії, який використовує рух для розвитку соціального, когнітивного, емоційного і фізичного компонентів життя людини. В науковій літературі все частіше вживається і поєднання слів в різних варіантах – танцювально-рухова терапія, танцтерапія, танцювальна терапія, данс-терапія тощо.

Сьогодні танцювально-рухова терапія все більше орієнтується на роботу зі здоровими людьми, що мають певні соціально-психологічні труднощі, з метою розвитку у них самоприйняття, ефективної міжособистісної і групової взаємодії, самоактуалізації, інтеграції частин «Я».

Сучасна танцювальна терапія спрямована на зниження м'язової напруги. Вона сприяє збільшенню рухливості людини. Юнг зазначав терапевтичну цінність артистичних переживань. У танці вони дозволяють з несвідомого витягти неусвідомлені потяги і потреби. Відбувається звільнення людини від них.

Танцювальна терапія може вважатися первинним засобом заохочення невербального взаємодії як між клієнтом і терапевтом, так і між учасниками групи танцювальної терапії. Ця методика дозволяє членам групи краще усвідомлювати власне тіло і можливості його використання. Таке усвідомлення призводить до поліпшення фізичного та емоційного стану учасників. Якщо говорити про підлітків, то такі заняття виробляють у них більш позитивний образ власного тіла, що допомагає підвищити самооцінку молодій людини. Оволодіння новими рухами і позами дає можливість опанувати новими почуттями. Танцювальна терапія також допомагає розвивати соціальні навички людей. Танцювальні рухи є засобом зв'язку з оточуючими, дають людині можливість самовираження.

Існують різні уявлення про місце танцювально-рухової терапії в багатому і різноманітному світі сучасної психотерапії. Деякі вважають її частиною арт-терапії, розуміючи «арт» як мистецтво в широкому сенсі цього слова. Але тоді у нас є терміни для позначення психодрами, музикотерапії, танцтерапії, але не залишається спеціального терміна для позначення безпосередньо «арт-терапії», де «арт» - це образотворче мистецтво.

Більш інтегральна точка зору - вважати ці підходи (малювання, музика, танець і т..) частиною терапії творчістю, але тоді не зовсім ясні відносини танцтерапії і тілесно-орієнтованої терапії, яка не підпадає під визначення «творчого вираження». Адже багато хто вважає танцтерапію частиною тілесно-орієнтованого підходу, і, дійсно, фокус на тілесному існуванні об'єднує їх, але тілесно-орієнтований підхід далеко не завжди використовує творче самовираження.

Якщо дивитися на розвиток танцтерапії, то її засновниці М. Чейс, М. Уайтхаус були спочатку саме танцівницями, які отримали потім психологічну освіту. Вони не займалися тілесно-орієнтованою терапією, яка вже існувала в період становлення танцювальної терапії. Спочатку вони також не займалися арт-терапією.

Проблема виникає ще й тому, що танцювальна терапія діє в ракурсі між соматичним і експресивним аспектами терапії. Це підкреслює різноманіття підходів і поєднань цих двох аспектів у конкретній практиці терапевтів. Практично кожен зрілий танцювальний терапевт знаходить свою позицію: хтось більше зосереджується на експресивному вираженні і розвитку якостей руху, хтось - на відносинах в групі і зміні способів взаємодії, хтось - на зміні способу тілесного існування. Відсутність жорстко заданої позиції відображає значимість індивідуального творчого прояву як іманентної характеристики методу. Кожен танцтерапевт танцює свій власний танець, створює свою траєкторію в цьому континуумі.

Танцювальна терапія все-таки є окремим напрямком, що вимагає спеціальної підготовки і освіти, хоча в реальному терапевтичному процесі

техніки танцтерапії, тілесного підходу і будь-які напрямки прекрасно поєднуються і доповнюють один одного. Одна з сучасних тенденцій розвитку психотерапії - саме розробка власне полімодального підходу. І кордону, про який було сказано потрібно позначити лише для того, щоб єдність цих підходів не призводила до їхнього змішання.

Техніки танцювальної терапії можуть використовуватися всередині різних напрямків психотерапії, оскільки не є виразом певного погляду на природу людської свідомості. ТРТ завжди ґрунтується на безпосередньому досвіді переживання і тому менше підлягає перекручуванню зайвими ментальними побудовами. Танцювально-рухова терапія може бути частиною різних психотерапевтичних підходів і «працювати» на різних рівнях свідомості.

Якщо зробити символічну розшифровку, то руки – це здатність до соціальних контактів й їхній характер (кулаки – агресивність, розкриті долоні – доброзичливість); ноги – стійкість соціального стану; стегна – здатність одержувати сексуальне задоволення; постава – впевненість, незалежність; голова – раціональність, критичність; шия – контроль у всіх змінах (за собою, людьми, емоціями й поведінкою); спина – щирість, перевантаження; плечі – відповідальність (особливо за інших). Якщо більш рухлива права частина тіла – це свідчить про виявлення чоловічого початку й таких якостей як наполегливість, агресивність, цілеспрямованість, активність, твердість, логічність. Якщо ліва – то переважає жіночий початок, який проявляється у таких якостях як гнучкість, терпимість, підпорядкованість, м'якість, розвинуту інтуїцію. Необхідно відзначити, що людина завжди може змінити свій танець, свій характер, коли клієнт освоїть нові рухи.

Танець є взаємодією, історією людських взаємовідносин. Ми маємо стійкі та обмежені уявлення про себе. І це природно створює неусвідомлені переваги й стереотипи у взаєминах з іншими людьми. Тому через танець ми можемо: більш відкрито глянути на світ людських взаємин; виразити скриті

почуття; реалізувати ті бажання, які нам поки що страшно проявити, знайти взаєморозуміння, якого не вистачає в повсякденному житті.

Висновки. Танцювально-рухова терапія – це один із сучасних методів психотерапії, який використовує рух і танець як головні стимулятори психотерапевтичної роботи. Це достатньо молода галузь психотерапії, один із творчих інструментів, який знаходить все більш широке використання в терапевтичній роботі та активно використовується у психологічній практиці. Досвід проведення танцювально-рухової терапії в роботі психолога показує, що терапія розглядається, головним чином, як робота з розвитку ментальних уявлень.

Танцювально-рухова терапія виходить з припущення, що рух і танець відображають як внутрішню психічну динаміку людини, так і її міжособистісний стиль спілкування. Тому, зміни, що досягаються через рух і танець, призводять також до перевтілення й розвитку особистості людини, покращенню її емоційного самопочуття та більш зрілого способу побудови міжособистісних стосунків.

Танцювально-рухова терапія сприяє глибинному самопізнанню, вираженню та інтеграції почуттів, психотілесній інтеграції. Танцювально-рухова терапія може використовуватись в роботі з людьми різного віку, як з різноманітними психологічними труднощами, так і зацікавлених у самопізнанні та внутрішньому розвитку.

Танцювально-рухова терапія є ефективним засобом у розкритті невиражених емоцій, які викликали фізичні блоки у тілі. Засвоєння нових рухів, корелює із заміною неконструктивних, ірраціональних форм поведінки клієнта. Завдяки цьому напрямку терапії людина може краще пізнати себе та інших і підвищити свій рівень соціальної компетентності який є важливим для гармонійної взаємодії з оточуючими.

Танець часто є легким способом вираження емоцій, навіть якщо досвід людини настільки травматичний, що вона не може говорити про це. Тому танцтерапія використовується в роботі психолога із жертвами зґвалтування,

сексуальних домагань, інцесту. Танцювальну терапію також можна застосовувати у роботі з людьми із фізичними вадами для підвищення своєї самооцінки, навчанню балансу і координації. Танцювальна терапія може бути корисна для різних пацієнтів – дітей із психоемоційними розладами та проблемами у спілкуванні, самотніх літніх людей, із розладами психіки, онкологічними захворюваннями, і багатьох інших. На даний час вона може використовуватись як допоміжний чи основний метод корекції в групах дітей та підлітків, для корекції стосунків у подружніх парах, для соціально-психологічних й рухових тренінгів осіб з різними порушеннями чи в реабілітаційному періоді.

Таким чином, по-перше, танцювати, або ж рухатися може кожна людина, незалежно від віку, статі, соціального стану, рівня освіти, цінностей, установок і навіть здоров'я (не вважаючи випадки нерухомості). По-друге, за допомогою танцю можна провести діагностику особистості, (виявити стереотипи руху, м'язеві затиски, проблемні зони). По-третє, зняти напругу, зменшити тривожність, агресивність, визволити стримування, що придушують почуття й емоції, у тому числі соціально небажані. Найчастіше, саме цей аспект танцю приводить до зниження ваги. По-четверте, придбати нові рухи, що сприяють: ефективній взаємодії із собою, світом, людьми; зміні стилю комунікацій з оточуючими; формуванню вміння усвідомлювати свої й чужі бажання, почуття, вчинки, за допомогою аналізу рухів. По-п'яте, танець сприяє прояву індивідуальності, щирості, спонтанності, сприйняттю себе. І як наслідок, відбувається зміна установок, стереотипів, комунікацій. Підвищується самооцінка, з'являється впевненість у собі. Людина стає більш успішною, привабливою, задоволеною. Протипоказів до застосування методу танцювальної терапії немає, вікових обмежень немає.

Література

Чорна І.М. Теоретико-аналітичний огляд потенціалу застосування психотерапевтичного методу танцювальної терапії в роботі психолога. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №12. Психологічні*

науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2017. С.286-293.

Лекція 14. Тема: «Критерії оцінки ефективності психотерапевтичного втручання»

1. Основні фактори ефективності психотерапії.
2. Вимоги для забезпечення результативності психотерапевтичного втручання.
3. Передумови для забезпечення найбільш об'єктивної системи оцінки ефективності психотерапевтичного втручання.

Науковці визначають визначають **сім основних факторів ефективності психотерапії:**

1. Сподівання пацієнта;
2. Значення для пацієнта лікування та одужання;
3. Характер проблем, чи захворювання пацієнта;
4. Ступінь готовності пацієнта до співробітництва;
5. Сподівання психотерапевта;
6. Досвід терапевта;
7. Специфічність впливу методів психотерапії.

1. Ефективність психотерапії пов'язана **із сподіваннями пацієнта**: на скільки він мотивований на психотерапії; на скільки він вірить, що саме цей психотерапевт йому допоможе.

Наприклад. За допомогою звернувся злісний курець, який знав, що необхідно кинути цю згубну звичку, що куріння шкодить здоров'ю. Будучи разом з тим лікарем-психотерапевтом, він на конференціях, на курсах підвищення кваліфікації якби попутно звертався за допомогою позбавити його шкідливої звички. Своє прохання він висловлював наступним чином:

"Я лікувався у багатьох відомих та знаменитих спеціалістів, вони мені не допомогли. Тепер я приїхав до Вас на навчання і хочу поспробувати

лікуватись у Вас."

У даного пацієнта бажання лікуватися має **амбівалентний характер**. Він і бажає позбавитись від куріння, і водночас не хоче того, сподіваючись провалу психотерапевтичних методів та зусиль чергового терапевта. Розповідь та тактика поведінки даного пацієнта нагадує казку "Колобок", Відчуваючи суперечливе бажання кинути курити та водночас не кидати, пацієнт з насолодою розповідав про невдачі попередніх пацієнтів, при цьому начеб-то і жаліючи про це.

Така психологічна поведінка характерна для пацієнтів із амбівалентною установкою на психотерапію.

2. Ефективність психотерапії пов'язана із **значенням для пацієнта** лікування та одужання. Коли пацієнту важливо покращити стан, вилічитися, то ефективність психотерапії підвищується. Коли йому важливо стати ще більш «особливим» пацієнтом, то ефективність падає.

Згадаємо традиційний для нашої країни адаптивний образ людини і порівняємо його із аналогічним образом в США. У нас це сіра, бідна та нещасна людина, якій лікування, наскільки б ефективним воно не було помагає "так собі". Такий адаптивний і конкурентоздатний у нашому соціальному середовищі образ.

В США це активна, цвітуча, напориста, успішна і безумовно, здорова людина. Вона сама вибирає собі психотерапевта і не помиляється. Їй психотерапевт допоможе, і вона обов'язково буде здоровою.

В міру зміни соціальних умов у нашій країні, зросту конкуренції адаптивний образ поступово буде зміщуватися в сторону людини успішної, самодостатньої, впевненої у собі, у завтрашньому дні, і вразі необхідності в успішності лікування.

3. Ефективність лікування пов'язана також, із **характером проблем**, та захворювання пацієнта. При наявності одного типу проблем у пацієнта психотерапія може бути ефективною, при інших - ні. Йдеться про випадки, коли психотерапія протипоказана.

4. Ефективність психотерапії пов'язана із тим, **на скільки пацієнт готовий до співробітництва**: наскільки він прагне виконати вказівки психотерапевта, на скільки добросовісно та точно дотримується рекомендацій, наскільки він готовий оплатити послуги даного спеціаліста, присвятити час на процес лікування.

Щодо останнього твердження, щодо тарифікації послуг, в сучасному суспільстві все більше закріплюється тезис, що й безкоштовний сир буває лише у мишоловці, а безплатні послуги, тим паче, лікування неефективні чи недостатньо якісні. Побутує думка, хоч і не завжди оправдана, що чим дорожчі послуги спеціаліста, тим вони якісніші та ефективніші. Людина із актуалізованими проблемами будує свої судження наступним чином: раз спеціаліст сам низько оцінює надані ним послуги, значить вони дійсно не достатньо якісні, і навпаки, коли послуги даного психотерапевта дорого ціняться, значить вони дійсно того варті.

Зауважимо, що ціна, далеко не завжди, на превеликий жаль, відповідає якості, та тим не менше, коли пацієнт дорого платить за лікування, він більше вірить в хороший результат, більш добросовісно, активно, старанніше виконує рекомендації терапевта, приймає участь у процесі реабілітації. Адже, що дорожче дістається, те дорожче ціниться.

Таким чином, **первинні психологічні установки**, в кінцевому рахунку, дають позитивний результат.

У науковій практиці психотерапії відомі випадки, коли далеко не кваліфіковані психотерапевти, які непогано володіли психологічними прийомами впливу на психіку особистості, достатньо ефективно використовували дану особливість суджень пацієнтів у лікуванні алкогольної, тютюнової залежності. Коли, далеко не заможній пацієнт платив достатньо солідну гонорар за лікування, у разі рецидиву прагматично усвідомлював розмір коштів, затрачених на лікування і це спрацьовувало як захисний, тормозний механізм.

5. Ефективність психотерапії пов'язана із **сподіваннями**

психотерапевта. Кожен терапевт має свій професійний міф: як він уявляє себе в професії як він бачить себе очима пацієнтів. Сюди ж входять його уявлення про ефективність власних методів. Ці уявлення можуть більше, чи менше відповідати реальності. Етично складним є питання: як же бути із сподіваннями терапевта.

Наприклад. За скаргою пацієнтки комісія, до складі якої увійшли працівники управління охорони здоров'я, перевіряла роботу досвідченого лікаря-психотерапевта. Лікар доводив ефективність лікування психічних розладів у залежності від алкоголю. Комісії дослідивши усю документацію, прийшла до висновку, що число одужань при даному діагнозі у даного спеціаліста вище, ніж у цілому по місту на 30%. а не на 40%. А тривалість ремісії при алкогольній залежності вище, ніж середні показники по місту на 20-25%, а не на 30-35%, як запевняв даний спеціаліст. Ці дані опублікували в міській пресі. Через певний час цей спеціаліст звернувся за професійною допомогою до психотерапевта у зв'язку із тим, що більше не міг працювати, так як не вірив у свої сили. З'ясувалось, що комісія, до складу якої входили чиновники, а не практики, на стільки зруйнувала мого самооцінку своїм необ'єктивним висновком, що він втратив віру у власні сили.

6. Ефективність психотерапії пов'язана із **досвідом терапевта.**

Для починаючого терапевта характерно те, що він діагностує проблеми і з ентузіазмом береться за їх вирішення. А досвідчений терапевт діагностує проблеми і береться за вирішення лише тих, які є вирішуваними за даних умов доступними йому методами.

7. Ефективність психотерапії пов'язана із **специфічною взаємодією конкретних методів психотерапії.**

Наприклад:

За допомогою звертається пацієнт із гострими реакціями паніки та гострим почуттям страху. Терапевт за допомогою технік нейролінгвістичного програмування, чи гештальт терапії може зняти ці реакції, а потім уже працювати із пацієнтом за однією із особистісно-орієнтованих концепцій.

Або ж, запропонує класичний психоаналіз, завдяки чому, десь через півроку, вони можуть з'ясувати причини страхів та реакцій паніки.

В іншому випадку, пацієнт скаржитися на невдачі, незадоволеність життя. Терапевт пропонує йому зайнятися класичним психоаналізом і вони через тривалий проміжок часу з'ясовують істинні причини заявлених пацієнтом проблем.

Достеменно з'ясувати ступінь ефективності того, чи іншого методу психотерапії практично неможливо. Адже його ефективність залежатиме від адекватності його застосування та майстерності психотерапевта.

В лабораторних умовах неможливо відтворити діючу модель того, чи іншого методу психотерапії та вивчити її з характеристики. Виходячи з вище сказаного, особливого інтересу набувають соціологічні опитування колишніх клієнтів психотерапевтів щодо ефективності застосованих до них методик. Цікаве дослідження було опубліковано у американському журналі *Konsumer Reports* (Консамер Репортс), де коментуються відповіді 7000 колишніх пацієнтів. З'ясувалось, що у цілому, лікування, що здійснюється професійними психотерапевтами є достатньо ефективним: більшість опитаних відмітили суттєве полегшення психічних розладів. 87% пацієнтів, яким до початку психотерапії було дуже погано, через що вони ледве справлялись із тяготами власного життя, оцінили свій наступний як "дуже хороший" ("життя стало таким, яким я хотів його бачити"), "хороший" ("у мене немає серйозних скарг") або ж "з перемінним успіхом" ("у мене бувають свої підйоми та спади"), 92% тих, хто оцінював свій стан до початку психотерапії як достатньо поганий і сприймав через це своє життя як досить важке визнали вагомий покращення.

Вимоги для забезпечення результативності психотерапевтичного втручання. Дослідники прийшли до наступних висновків:

1. Ніякий із методів психотерапії не має переваг перед іншими. Жоден із методів психотерапії не показав себе як більш дієвий, аніжлюбий інший. Слід мати на увазі, що до уваги брались прикладні методи, що

вироблялись за допомогою еклектичних та експериментальних даних.

2. Більш тривалі терапії являються більш ефективними.

Триваліша психотерапевтична процедура приводить до більш явного пом'якшення психічних порушень, ніж короткочасна. У статистичному відношенні цей результат виявився особливо стабільним. Зменшення психічних розладів прямо пропорційне тривалості лікування. Ті клієнти, що отримували психотерапевтичне лікування більше шести місяців отримали значно більше користі, ніж ті, що закінчили лікування раніше. Більш ніж дворічне лікування дало не тільки найкращі результати, а і найбільше зростання об'єму та якості успіху лікування.

3. Ефективна психотерапія — це більше ніж просто зменшення симптоматики. Зміни в психічних розладах в результаті тривалої терапії стосувались не тільки специфічних проблем та симптомів, що привели клієнтів до психотерапевта (спонукальні симптоми). З'ясувалось, що в результаті тривалої терапії спостерігається не тільки покращення зі сторони симптоматики, ніж в результаті короткочасної, але і очевидне покращення загального психічного функціонування у різноманітних аспектах:

здатність до встановлення соціальних стосунків, продуктивність праці, подолання щоденних стресів (в сфері праці та соціальній сфері), також життєрадісність, здатність до самопізнання та особистісний розвиток, підвищення самооцінки та довір'я до себе, зменшення пригніченості (особистісна сфера). Серед тих, хто пройшов через психотерапію більше ніж за шість місяців, майже на 50% більше, ніж серед клієнтів короткочасної терапії, визнавши суттєве зменшення спонукальних симптомів, майже 90% відмічали покращення в сфері праці та соціального оточення і на 70% більше в особистій сфері.

4. Покращення внаслідок психотерапії відмічається навіть без психофармакотерапії. Психотерапія сама по собі виявилась такою ж дієвою, як і психотерапія в комбінації з психофармакотерапією. В незалежності від того, який психічний розлад мав місце, 40% опитаних, що звернулись за

допомогою через власні психічні проблеми отримували медикаменти і 60% з них запевнили, що це їм дуже допомогло. Тим не менше, 50% бувших пацієнтів, що отримували фармакотерапію признались, що в наслідок цього у них виникли такі проблеми, як сонливість та порушення орієнтації. І хоча ці проблеми давно і добре відомі у професійному середовищі, та 20% пацієнтів, що проходили медикаментозне лікування не отримали від лікарів належних інструкцій про побічні дії, або ж зовсім цього не обговорювали, 40% пацієнтів приймали ліки більше одного року, а 20% — більше двох років, хоча про частину призначених препаратів було відомо, що їх довготривале вживання приводить до ефекту привикання, а про другу частину препаратів що після двохмісячного вживання їх ефективність не підвищується.

5. Лікарі, тимчасово можуть допомагати медикаментами.

14% опитаних звертались із своїми психіатричними проблемами виключно до свого лікаря (практикуючого). В загальному, їх розлади були менш значущі, ніж у тих, хто звертався до спеціалістів-психотерапевтів. Як правило, лікування було коротким (менше двох місяців) і в основному вони приймали медикаменти (83%). Цією формою лікування лікарі досягали короточасного покращення, схожого на покращення у пацієнтів, із психотерапевтичним втручанням, та при подальшому лікуванні стійкого покращення досягнути не вдавалося. Успіх лікування нівелювався, в той час, як при тривалій психотерапії (більше шести місяців) досягалось очевидне стійке покращення. Тільки 50% пацієнтів звичайних лікарів були задоволені результатами лікування, порівняно із 62% тих, що лікувались у психотерапевта.

В загальному виявилось, що при лікуванні психічних, чи емоційних розладів професійні психотерапевти мають переваги перед звичайними лікарями.

6. Активні клієнти досягають більш суттєвих покращень.

Клієнти, які більш активно відносяться до свого психотерапевтичного лікування, можуть більш ефективно ним скористатись. Вони наводять справку про ефективність лікування у попередніх пацієнтів, методи

лікування, якими оперує даний спеціаліст. Здійснюють попередні розмови із різними спеціалістами, порівнюючи їх та приміряючи до своїх потреб. Активно обговорюють із психотерапевтами свої негативні переживання, пов'язані із сеансами психотерапії, ін..

7. Кваліфіковані психотерапевти досягають кращих успіхів у лікуванні. Зменшення психічних розладів було найбільш видимим після лікування у професіональних психотерапевтів, не залежно від того, яка була у них базова професія. Психіатр, психолог, чи соціальний працівник за базовою освітою за кінцевими результатами та ефективнішого психотерапевтичного втручання практично нічим не відрізняються. Більша частина осіб, що звертаються за допомогою з приводу психічних проблем.

Науковці пропонують враховувати наступні **передумови** для забезпечення найбільш об'єктивної **системи оцінки ефективності психотерапевтичного втручання**:

1. Щоб оцінити ефективність психотерапії, необхідно, перш за все, чітко визначити метод, з допомогою якого вона здійснюється. В практичній роботі частіше говориться про психотерапію взагалі, не про один, а про групу методів, різноманітних їх комбінаціях раціональні психотерапії гіпнозі, гіпноз та аутогенна тренування і т.д., оскільки твердження у практиці роботи психотерапевта інтегративного підходу сприяє все більш широкому застосуванню різних методів, що поєднуються між собою.
2. При кваліфікованому використанні того, чи іншого методу повинна бути витримана певна техніка. Очевидно, що це одночасна вимога до якості підготовки, досвіду, кваліфікації психотерапевта, що не завжди враховується. І метод аутогенного тренування і метод групової психотерапії "в руках" психотерапевтів із різним ступенем кваліфікації, звісно дадуть різні результати.
3. Число пацієнтів, що лікувались із допомогою даного методу повинно бути статистично значимим. В той же час при використанні

деяких систем психотерапії мова йде, як правило, про окремих пацієнтів, дві яких кілька місяців, або ж навіть кілька років застосовувались методи психотерапії.

4. Вивчення ефективності лікування краще здійснювати на гомогенному матеріалі. Зазвичай, досліджують групи хворих, що включають первинних пацієнтів і тих, кому до цього часу не допомагали ніякі інші методи лікування, групи амбулаторних хворих і госпіталізованих, з гострим та затяжним протіканням і т.д..

5. Група пацієнтів, що створюється для оцінки ефективності психотерапії повинна формуватись методів випадкового добору. З етичної точки зору, це можливо у тому випадку, якщо число хворих завідомо перевищує реальні можливості забезпечити їх психотерапевтичною допомогою.

6. Оцінка ефективності не повинна здійснюватись тією ж особою, що здійснює лікування, потрібен незалежний спостерігач. Ця вимога дуже важлива, так як при цьому мінімізується вплив на оцінку відношення пацієнта до терапевта; можна припустити, що він буде більш об'єктивно оцінювати ефективність лікування.

7. Доцільно, щоб незалежний спостерігач не знав про метод, який застосовувався, щоб його власне ставлення до даного методу не впливало на об'єктивність оцінки. Використання магнітних записів психотерапевтичних бесід дозволило б також виключити вплив на оцінку типу поведінки пацієнта під час психотерапевтичного втручання і т.д..

8. Має також значення особистісна структура психотерапевта, ступінь прояву у ньому якостей, що використовуються для прогнозування успішності психотерапії.

9. Необхідно враховувати особистість хворого, ступінь прояву у нього рис, особливостей відомих як прогностично сприятливі або несприятливі для проведення психіатричних процедур.

10. Має значення установка хворого на той, чи інший вид психіатрії, сформована у нього, зокрема, попередніми зустрічами з психотерапевтами і тими, чи іншими методами психотерапії.
11. З метою досягнення максимальної об'єктивності необхідно порівняння безпосередніх та віддалених результатів лікування. Ця умова особливо важлива, коли мова йде про оцінку ефективності застосування особистісно-зорієнтованої (реконструктивної) психотерапії.
12. Число повторно досліджуваних хворих по відношенню до всього контингенту хворих повинно бути репрезентативним; таких хворих повинно бути не менше 90% від їх загального числа.
13. Оцінка в катамнезі повинна бути визначена не тільки лікарем, спостерігачем (об'єктивні дані), а і пацієнтом (суб'єктивні дані).
14. Необхідно враховувати особливості життя хворого після закінчення курсу лікування, можливі впливи (позитивні, чи негативні) на результати терапії найближчого оточення пацієнта (сім'я, виробництво, т.д.).
15. Для об'єктивного анамнезу необхідно контрольна група хворих, оскільки зміни в стані пацієнтів могли з часом відбуватись і поза лікувальним процесом.
16. Повинні, також, бути враховані мета та завдання, обумовлені клінічною специфікою захворювання та теоретичними передумовами, які прагнув реалізувати психотерапевт з допомогою певного застосованого ним методу.

Література

1. Аарон Т. Бек, Деніз Д. Девіс, Артур Фріман. Когнітивна психотерапія розладів особистості: навч. посібник. Харків: Науковий світ, 2024. 500с.
2. Глива Є. Вступ до психотерапії: Навчальний посібник. Острог-Київ : Острозька академія, Кондор, 2004. 530с.

3. Горбунова В.В. Контракт у практичній психології. Практична психологія та соціальна робота. 2005. № 2. С. 1-5.
4. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. Дрогобич : Посвіт, 2015. 116 с.
5. Кривоніс Т.Г. Основи особистісної психотерапії. Навчально-методичний посібник. Київ : Видавничий дім „Слово”, 2011. 192 с.
6. Мушкевич М.І., Чагарна С.Є. Основи психотерапії:навч. посібник.Луцьк:Важа-Друк , 2017. 420с.
7. Основи психотерапії: посібник посібник: 2-е видання / за ред. О.О.Фільца, К.В.Седих. Київ:Академія, 2024. 208с.
8. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія за ред. З.Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.
9. Психотерапевтичний практикум. Випуск 1. Класичний психоаналіз. Редактор-упорядник З.С.Карпенко. Івано-Франківськ : Гостинець, 2004. 60 с.
10. Психотерапія за Габбардом: посібник: 2-е видання / за ред. Голлі Крісп, Глена О. Габбарда. Київ: ВСВ «Медицина»,2024. 912с.
11. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології: посібник. Острог-Київ : Кондор,2005. 278с.
12. Тараріна О. Практикум з арт-терапії: посібник. Астамір-В, 2022. 224с.
13. Тіунова О.В. Основи теорії і практики арт-терапії. Тернопіль : ТНПУ, 2011. 260 с.
14. Френсін Шапіро Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR), том 1. Основні принципи: посібник. Харків:Діалектика,2023. 336с.Чорна І. М. Акмеологічні підходи до психологічного аналізу синдрому професійного вигорання Акмеологія в Україні: теорія і практика: збірник наукових праць. №23 Київ, 2013. № 24.С. 12-16.
15. Чорна І. М., Чорний М.М. Дослідження механізмів впливу комп'ютерних ігор на психіку гравця: матеріали IV Міжн. наук.-практич.

конф. [«Акмеологія наука ХХІ століття»] Київ: Київ. ун-т імені Б. Грінченка, 2014.С. 162-168.

16. Чорна І. М.,Чорний М.М. Дослідження психологічної залежності від комп'ютерних ігор дітей підліткового віку: матеріали IV Міжн. наук.-практич. конф. [«Акмеологія наука ХХІ століття»] Київ: Київ. Ун-т ім. Б. Грінченка, 2014.С. 169-179.

17. Чорна І. М.,Чорний М.М. Ергономіка структури психотерапевтичної бесіди. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. С.73-81.

18. Чорна І. М. Історія ароматерапії та її застосування в сучасній психотерапевтичній практиці. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. 254-260.

19. Чорна І. М., Чорний М.М. Комп'ютерні ігри як фактор насилля над психікою дитини : матеріали Міжн. наук.-практ. конф. / за заг. ред. проф. О. Кікінежді [«Дитинство без насилля : суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей»] . Тернопіль : Вид-во Стереарт, 2014. С. 510-513.

20. Чорна І. М. Методи налагодження взаємостосунків подружжя засобами сімейної психотерапії. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. С. 278-286.

21. Чорна І. М., Чорний М.М. Методологія застосування прийомів інтерв'ювання клієнта в психотерапії. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. С.82-89.

22. Чорна І. М. Механізм лікувальної дії психотерапії. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. С.193-199.

23. Чорна І. М. Основи психотерапії: підручник [для студ. вищ. навч. закл.]. Тернопіль, ТНПУ, 2013. 184с.
24. Чорна І. М. Чорний М.М. Основні прийоми застосування психотехнологій у психотерапевтичній бесіді. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. С.89-98.
25. Чорна І. М. Особливості організації психологічної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей. Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: збірник матеріалів, доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції. Маріуполь, 2018. С.274-277.
26. Чорна І. М. Психокорекція емоційно-поведінкових розладів засобами музикотерапії. Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. №21(45). С. 34-40.
27. Чорна І. М. Психолого-аналітичне дослідження симптоматики та особливостей прояву синдрому професійного вигорання. Акмеологія в Україні: теорія і практика: збірник наукових праць. Київ 2013. №23. С. 48-52.
28. Чорна І. М. Психолого-аналітичний підхід у трактуванні суті психотерапевтичного втручання. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. С. 187-193.
29. Чорна І. М. Психолого-педагогічне формування емоційно-вольової стійкості майбутніх офіцерів, учасників бойових дій як фактор профілактики ПТСР. Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73) № 2, 2023. С.80-84.
30. Чорна І. М. Психоаналіз основних чинників появи девіацій у поведінці підлітка. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том XIV: Методологія і теорія

психології. Випуск 2.Київ – Ніжин. Видавець « ПП Лисенко М.М.». 2019. С. 405-415.

31. Чорна І. М. Методика підготовки та проведення діагностико-корекційної бесіди з підлітком схильним до девіацій. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН Країни. Том XIV: Методологія і теорія психології. Випуск 2.Київ – Ніжин. Видавець « ПП Лисенко М.М.». 2019. С.416-426.

32. Чорна І. М. Етіологія поведінкових відхилень. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том XIV: Методологія і теорія психології. Випуск 2.Київ – Ніжин. Видавець « ПП Лисенко М.М.». 2019. С.426-436.

33. Чорна І. М. Чорний М.М. Морально-психологічна характеристика та класифікація типів підлітків із девіантною поведінкою. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН Країни. Том XIV: Методологія і теорія психології. Випуск 3. Київ – Ніжин. Видавець « ПП Лисенко М.М.», 2020. С.307-319.

34. Чорна І. М. Систематизація спільних факторів для різних напрямків сучасної психотерапії. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН Країни. Том XIV: Методологія і теорія психології. Випуск 3.Київ – Ніжин. Видавець « ПП Лисенко М.М.». 2020, С. 284-296.

35. Чорна І. М. Соціально-психологічні чинники формування особистості вбивці. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН Країни. Том XIV: Методологія і теорія психології. Випуск 3. Київ – Ніжин. Видавець « ПП Лисенко М.М.», 2020. С.297-307.

36. Чорна І. М. Теоретико-аналітичний огляд потенціалу застосування психотерапевтичного методу танцювальної терапії в роботі психолога. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні

- науки: Зб. наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. С. 286-293.
37. Чорна І., Олешко Л. Психологічні особливості дезадаптації військовослужбовців – учасників бойових дій. Проблеми гуманітарних наук. Психологія. Дрогобич, 2023. №51 С.121-125
DOI <https://doi.org/10.32782/2312-8437.51.2023-1.17>
38. Чорна І. М., Смик Н.Р. Психолого-педагогічні заходи психокорекції особистісної тривожності у молодших підлітків. Розвиток професійної майстерності педагога в умовах нової соціокультурної реальності (м. Тернопіль, Україна, 09-20 квітня 2020 року): матеріали Міжнародної наук.-практ. конф. /упоряд.: О.М.Петровський, І.М. Вітенко, О.І.Когут, інші. Тернопіль: СМТ «Тайп», 2020. С.413-416.
39. Чорна І. М., Федорців К.І. Арт-терапія як інноваційний засіб розвитку творчої уяви дітей старшого дошкільного віку. Розвиток професійної майстерності педагога в умовах нової соціокультурної реальності (м. Тернопіль, Україна, 15-квітня 2021 року): матеріали IV Міжнародної наук.-практ. конф. /упоряд.: О.М.Петровський, І.М. Вітенко, О.І.Когут, інші. Тернопіль: СМТ «Тайп», 2021. С. 467-470.
40. Яцина О.Ф. Основи психотерапії : практикум : навч. метод. посібник. Ужгород, 2021. 80 с.
41. Sulyatytskyu, I., Ostrovska, K., Chorna, I., Sajko, K., Khrushch, O. Parameters of creativity in modern psychotherapeutic practice. Creativity Studies, 15(1), Published by Vilnius Gediminas Technical University, 2022 Volume 15 Issue 1: 263–277 ISSN 2345-0479 / eISSN 2345-0487
<https://doi.org/10.3846/cs.2022.14864>
<https://doi.org/10.3846/cs.2022.14864>
42. Pylypenko, N., Liashch, O., Chorna, I., Kompanovych, M., Levina, N., & Chystovska, Y. Neuropsychological Correction Technologies of Psychosomatic Disorders and Diseases. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(2), 2022. pp.113-129. ISSN: 2068-0473 | e-ISSN: 2067-3957
Covered in: Web of Science (WOS) <https://doi.org/10.18662/brain/13.2/335>

Інформаційні ресурси

1. Сторінка курсу в A-Tutor, ID: 6595

URL: <https://dl.tntu.edu.ua/index.php>

2. Офіційний сайт Наукової бібліотеки ім. Вернадського

URL: <http://www.nbu.gov.ua/>

3. Офіційний сайт Електронної бібліотеки URL: <http://www.lib.com.ua/>

4. Безкоштовні електронні підручники онлайн URL:
(<https://stud.com.ua/psihologiya/>)

5. Пошукова система Google Scholar URL: <http://scholar.google.com/>

6. Пошукова система Base URL: <https://www.base-search.net/>

7. Система пошуку наукової інформації у відкритих архівах України (SSM)

URL: <https://oai.org.ua/>

8. Перелік корекційно-розвиткових програм для спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з особливими освітніми потребами. Інститут модернізації змісту освіти.

URL: <https://imzo.gov.ua/osvita/zagalno-serednya-osvita/korektsiyi-programi/>